

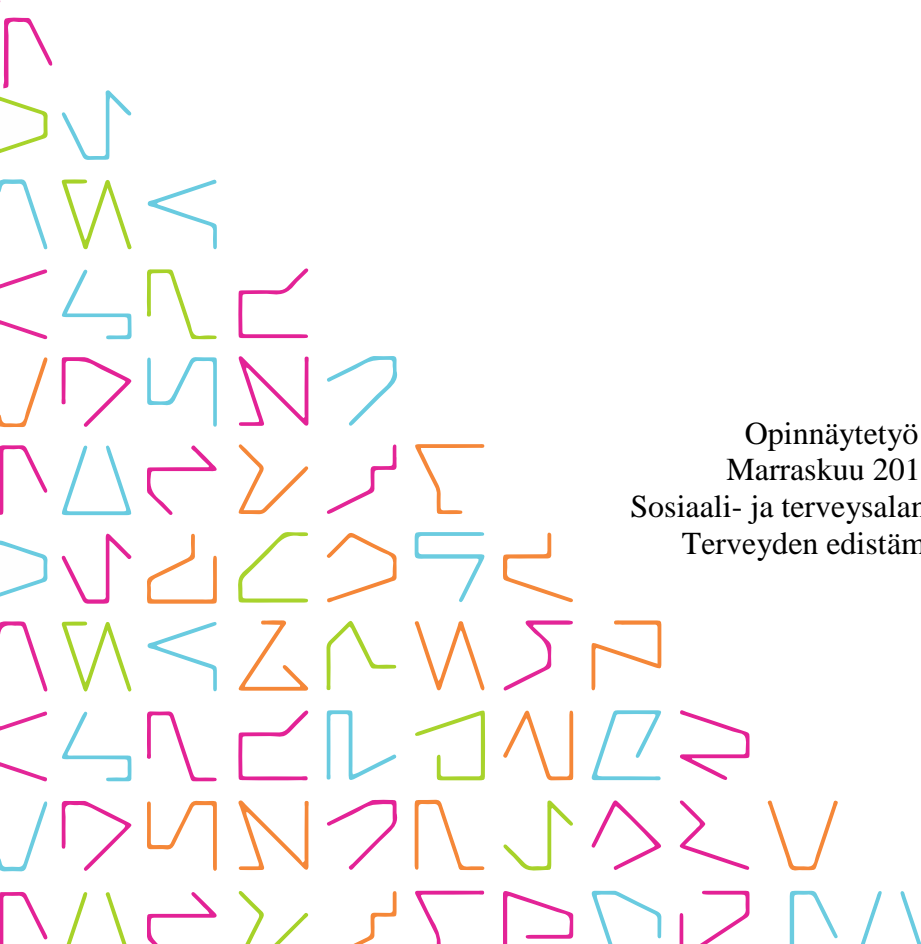


TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TYÖIKÄISEN LÄÄKKEETÖN UNET- TOMUUDEN HOITO

Niina Kataikko

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015
Sosiaali- ja terveysalan YAMK
Terveysten edistäminen



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveystyön edistämisen ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto
Työikäisen hoitotyö (Terveystenhoitaja ylempi AMK)

KATAIKKO NIINA:
Työikäisen lääkkeettömän unettomuuden hoito

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 36 sivua
Marraskuu 2015

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä hoitomalli lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta luoden käsikirjaohjeistus Mehiläisen työterveyshuollossa työskenteleville. Käsikirjassa käytetty materiaali rakentui tutkimuskysymyksien ympärille: Miten unettomuutta voidaan hoitaa lääkkeettömästi työterveyshuollossa? Miten työterveyshuolto voi tukea/ auttaa unettomuudesta kärsivää asiakasta? Minkälaisia oireita unettomuus aiheuttaa?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli käsikirjan avulla lisätä Mehiläisen työterveyshuollossa työskentelevien teoreettista lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta ennaltaehkäisten univaikeuksien syntymistä. Lisäksi tavoitteena oli taata asiakkaalle hyvä asiakaslähtöinen, toimiva ja yhtenäinen hoitoketju. Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyön menetelmällä yhteistyössä Mehiläisen työelämäpalveluiden kanssa.

Opinnäytetyön teoriaosuus koottiin erilaisten tutkimusten, haastattelujen ja kirjallisuuden pohjalta. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta esille nousi viime vuosien aikana työikäisten univaikeuksien lisääntyminen.

Tulevaisuudessa kehittämistyön tuloksena syntynyt sähköistä lääkkeettömän unettomuuden hoitomallia voidaan käyttää apuna eri ohjaus- ja neuvontatilanteissa. Ensiarvoisen tärkeää on jokaisen työntekijän henkilökohtainen osaaminen ohjata univaikeuksista kärsivää asiakasta omahoitoon ja tarvittaviin lisätutkimuksiin.

Tulevaisuuden tavoitteena on myös jatkaa hoitomallin kehitystyötä käyttäjiltä saatujen palautteiden perusteella asiakaslähtöisemmäksi.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Health Promotion

KATAIKKO, NIINA:

Drug-Free Treatment of a Working -Age Worker with Insomnia

Master`s Thesis 66 pages, appendices 36 pages
November 2015

The purpose of this study was to create model of care and manual guidance on medication free care of insomnia for those who work in Mehiläinen occupational health care.

The objective of this study was to increase theoretical knowledge how to prevent insomnia in Mehiläinen occupational health care by using medication free means. The other objective of this was to guarantee good customer oriented and functional coherent care chain for a client. This study was carried out by using developmental method in collaboration with Mehiläinen occupational health care.

The theoretical data were collected from different research, interview and literature. Findings of the literature review suggested that sleeping problems of working-age have increased in recent years.

In future electronic medication free care model can be used in different guidance situations and counselling. Priority is that every worker has a personal knowledge to guide a client with sleeping problems to seek self-care and further examination if needed.

In the future the objective is also to develop this care model to be more customer oriented by using feedback of this users.

Keywords: occupational health nurse, sleeping disorders, working age

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS.....	7
2.1	Yhteistyöorganisaatio	7
2.2	Opinnäytetyön tausta ja tarve	7
2.3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	8
2.4	Tutkimusmenetelmä ja opinnäytetyön eteneminen	8
3	TYÖIKÄISEN LÄÄKKEETÖN UNETTOMUUDEN HOITOMALLI	11
3.1	Kehittämisprosessin kuvaus.....	11
3.2	Kehittämisprosessin tulokset	14
3.3	Kehittämisprosessin arviointi	14
4	POHDINTA.....	16
4.1	Eettisyys ja luotettavuus	16
4.2	Opinnäytetyön kokonaisarviointi	17
4.3	Tulevaisuuden näkökulma	21
	LÄHTEET.....	23
	LIITTEET	25
	Liite 1. Mehiläisen työelämäpalveluiden käsikirja unen hoidosta	25
	Liite 2. Hoitomallissa käytetyt testit.....	53
	HOITOMALLISSA JA KÄSIKIRJASSA KÄYTETYT LÄHTEET.....	62

1 JOHDANTO

Suomalaisten unitutkijoiden mukaan tilapäisestä unettomuudesta kärsii tällä hetkellä noin joka kolmannes suomalaisista työikäisistä, ja kroonisesta unettomuudesta noin vajaa kymmenesosa. Usein unettomuuden taustatekijät ovat hyvin monimutkaisia. Pitkittyessään unettomuus voi johtaa monisyiseen ongelmaan, johon lääketieteellisten tekijöiden ohella vaikuttavat: ihmisen persoonallisuus, elämäntilanne sekä tavat ja tottumukset. Ensiarvoisen tärkeää unettomuuden varhaisessa tunnistamisessa on asiakkaan esitietojen huolellinen kartoittaminen.

Välttämättä unettomuuden lääkkeellinen hoito ei aina ole käypää hoitoa asiakkaalle. Pitkittyessään unettomuuden on tieteellisesti todettu lisäävän masennuksen, ahdistuneisuushäiriön, muisti- ja keskittymiskyvyn vaikeutumista sekä virheiden määrän kasvamista. (Järnefelt & Hublin 2012, 20- 21.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä hoitomalli lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta, sekä luoda käsikirjaohjeistus Mehiläisen työterveyshuollossa työskenteleville. Työn tavoitteena oli käsikirjan avulla lisätä Mehiläisen työterveyshuollossa työskentelevien teorian tietoa lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta ennaltaehkäisten univaikeuksien syntymistä. Lisäksi tavoitteena oli tarjota asiakkaalle hyvä asiakaslähtöinen, toimiva ja yhtenäinen hoitoketju. Opinnäytetyö toteutettiin osana Mehiläisessä kehitteillä olevaa sähköistä terveystarkastusta.

Keskeisen osan asiakkaan hoitoprosessia työterveyshuollossa muodostaa asiakkaan ohjaus- ja neuvonta (Uronen 2015). Asiakkaan ohjaus tulisi toteuttaa moniammatillisessa tiimissä (Peltoniemi 2007). Pohjan ja velvoitteen ohjaustilanteelle luovat lait ja asetukset. Potilasta ohjattaessa tulisi huomioida laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) jossa korostetaan potilaan oikeutta hyvään ja laadukkaaseen sairauden ja terveydenhoitoon. Laissa sitoudutaan ottamaan potilas huomioon ihmisarvoa loukkaamatta, ja kunnioittamalla potilaan yksityisyyttä ja eettisiä vakaumuksia.

Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on asiakkaan ohjaaminen asiakasta kunnioittavalla lähestymistavalla, kuunteleminen sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tällä hetkellä asiakkaisiin kohdistuva ohjaustyö korostuu, koska sairaalassa tapahtuvia hoitajaksoja pyritään lyhentämään, ja kannustamaan asiakkaita itsehoitoon ja ottamaan vastuuta omasta terveydenhoidostaan (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007, 5.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS

2.1 Yhteistyöorganisaatio

Mehiläinen konsernina on tällä hetkellä yksi Suomen suurimmista ja arvostetuimmista sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavista yrityksistä, joka toimii ympäri Suomea. Mehiläisen toiminta on viimeisen sadan vuoden aikana kehittynyt ja kasvanut suuresti. Tällä hetkellä palveluihin kuuluvat: Lääkärikeskus- ja sairaalapalvelut, työterveyshuolto, hammashoito, ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen, mielenterveyskuntoutus, vammaisten asumispalvelut, lastensuojelu sekä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ulkoistukset. (Uronen 2015.)

Mehiläisen toimintaa ohjaavat vuonna 2015 päivitetyt arvot: tieto ja taito, välittäminen ja vastuunotto, kumppanuus ja yrittäjyys sekä kasvu ja kehitys. Viimeaikaisten tutkimuksien mukaan Mehiläisen palveluita Suomessa käyttää noin kaksi miljoonaa asiakasta, jonka asiakaskunta muodostuu: yksityisasiakkaista, yritysasiakkaista, vakuutusyhtiöiden asiakkaista sekä julkisesta sektorista. (Uronen 2015.)

Arvojen lisäksi Mehiläisen tarjoamissa palveluissa ensi arvoisen tärkeää on laadun tarkkailu, ja asiakkailta saatu palaute hoidon toimivuudesta. Laatua arvioidaan erilaisten mittareiden avulla, tavoitteena olla Suomen paras asiakaskokemus vuonna 2018. (Uronen 2015.)

2.2 Opinnäytetyön tausta ja tarve

Opinnäytetyöhön liittyvä kehittämisprojekti kuuluu osana talvella 2015 Mehiläisessä aloitettavaa sähköistä terveystutkimusta jonka osana on myös unenhoito työterveyshuollossa. Opinnäytetyön aihe nousi esille työterveyshuollon käytännön tarpeesta toteuttaa yhtenäinen hoitomalli unettomuuden hoidosta. Tämän hetkisen tiedon mukaan työterveyshoitajat kokevat ohjaustilanteiden haasteeksi asiakkaiden ohjaustasojen suuret vaih-

telut, riippuen hoitajan omasta kokemus- ja tietoperustasta sekä ohjausmenetelmistä. Tavoitteena ohjaustilanteessa on asiakkaan turvallisuuden, laadukkaan ja yhdenmukaisen hoidon saaminen eri ammattiryhmien välillä.

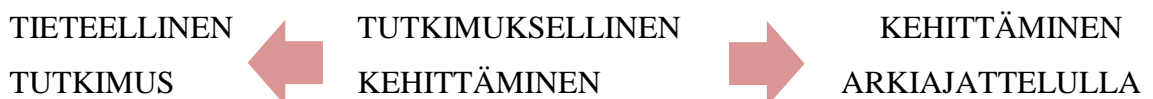
2.3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä hoitomalli lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta sekä luoda käsikirjaohjeistus Mehiläisen työterveyshuollossa työskenteleville. Käsikirjassa käytetty materiaali rakentui tutkimuskysymyksien ympärille: Miten unettomuutta voidaan hoitaa lääkkeettömästi työterveyshuollossa? Miten työterveyshuolto voi tukea/ auttaa unettomuudesta kärsivää asiakasta? Minkälaisia oireita unettomuus aiheuttaa?

Opinnäytetyön tavoitteena on käsikirjan avulla lisätä Mehiläisen työterveyshuollossa työskentelevien teoretietoa lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta ennaltaehkäisten univaikeuksien syntymistä. Lisäksi tavoitteena oli taata asiakkaalle hyvä asiakaslähtöinen, toimiva ja yhtenäinen hoitoketju. Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyömenetelmällä yhteistyössä Mehiläisen työelämäpalveluiden kanssa.

2.4 Tutkimusmenetelmä ja opinnäytetyön eteneminen

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä (kuvio1) jossa luodaan käsikirja unettomuuden hoidosta sekä hoitomalli työikäisen lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta.



KUVIO 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön luonne (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 19).

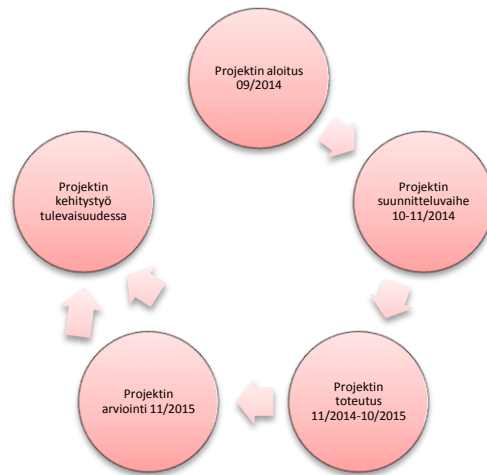
Tutkimuksellinen kehittämistyö saa alkunsa yleensä erilaisista lähtökohdista kuten organisaation kehittämistarpeet ja tavoitteellinen toiminnan kehittäminen. Tieteellisessä tutkimuksessa käytetään tieteellisen tutkimuksen traditiota eli perinteitä jossa olennaista on: tutkimusongelma, tutkimuskysymykset ja niihin vastaaminen hyväksytyjä menetelmiä käyttäen. Tutkimus voidaan jakaa perustutkimukseen ja soveltavaan tutkimukseen. Perustutkimuksessa pyritään etsimään uutta tietoa ja luomaan välitöntä kytkentää eri käytännön sovellutuksiin. Soveltavalla tutkimuksessa on viitattu perustutkimuksen tuloksiin jolla tavoitellaan myös kaupallisen arvon lisäksi uuden luomista, kehitellympiä tuotteita, tuotantovälineitä/ menetelmiä ja palveluita. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 19.)

Kehittämistoiminta luokitellaan käytännönläheiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on aina selkeän tavoitteen saavuttaminen. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voidaan luokitella myös tiedonannoksi, jossa tutkimuksen kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta sekä rakenteista. (Toikko & Rantanen 2009, 13- 22.) Lisäksi kehittämistyössä tarvitaan aiheeseen tutustumisen lisäksi myös projekti- ja kehittämisosaamista. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 19). Projektin tavoitteena on edetä järjestelmällisesti jonka toteutumista voidaan arvioida alussa määriteltyjen tavoitteiden perusteella. (Toikko & Rantanen 2009.) Työstä raportoidaan usein projektiraportin kuvauksella jossa kerrotaan kehittämistyön lähtökohta, tavoitteet, työmuoto, prosessin eteneminen ja lopputulokset (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 19).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähteiden lukumäärä ei ole tärkeä vaan laatu ja sen soveltaminen käytännön työhön. Lähteiden tehtävänä on edistää työn etenemistä joiden lisäksi lähdemateriaalina voidaan käyttää haastatteluja, sähköistä materiaalia, esitteitä ja erilaisia raportteja. Lopullisena tuotoksena on aina lisäksi joku konkreettinen tuotos joka tässä kohtaa oli unettomuuden lääkkeetön hoitomalli. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51-77).

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä työikäisen lääkkeetöntä unettomuuden hoitoa voidaan kuvata prosessimaisesti (kuvio2).

Kehittämistyön avulla pyritään kuvaamaan muutosta johon sillä pyritään, sillä on alku, suunnitelma, erikseen sovitut toteuttajat sekä sovittu päättymistapa ajankohtineen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 25.)



KUVIO 2. Kehittämistyönvaiheet ja aikataulu.

3 TYÖIKÄISEN LÄÄKKEETÖN UNETTOMUUDEN HOITOMALLI

3.1 Kehittämisprosessin kuvaus

Hoitomalliksi kutsutaan kirjallista suunnitelmaa asiakasryhmän hoidosta, jonka tarkoituksena on tukea hoidon porrastusta yksikön sisällä. Hoitomallin tulisi perustua valtakunnallisesti hyväksyttyihin hoitosuosituksiin. Hoidon porrastuksen tavoitteena on luoda laadukas hoitokokonaisuus asiakkaalle, sekä hoitaa asiakas näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmin oikeassa ajassa. Prosessin tarkoituksena on myös tukea alueellista käypähoitosuositusta välttämällä turhaa hoidon vaihtelevuutta. (Nuutinen 2000.)

Työikäisen lääkkeettömän unettomuuden hoitomallin kehitystyö aloitettiin Lappeenrannan työterveyshoitajien kokouksessa syksyllä 2014, jolloin työelämästä nousi esille tarve yhteneväisen hoitomallin luomisesta. Hoitomallin tarkoituksena oli selkeyttää ja yhtenäistää valtakunnallisesti unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa Mehiläisessä, sekä motivoida etenkin työterveyshoitajat kysymään rutiininomaisesti asiakkaan uniasioista vastaanotolla. Lisäksi tavoitteena oli hoitomallin kehitysprosessin myötä lisätä valmiuksia työterveyshuollossa työskentelevien unettomuuden varhaiseen tunnistamiseen, asian avoimeen puheeksi ottamiseen, hoidontarpeen arviointiin sekä yhdenmukaiseen kirjaamiseen. Kolmantena hoitomallin keskeisenä tavoitteena oli sisällön kehittäminen hyödyntäen yksikkökohtaista asiantuntemusta ja osaamista, sekä kartoittaa työterveyshoitajien tämän hetken tietämystä unettomuuden hoidosta, sekä minkälaisia odotuksia ja toiveita hoitajilla oli hoitomallista.

Hoitajien tämän hetken valmiuksia kartoitettiin Mehiläisen kehittämispäällikkö Leena Uroksen johdolla puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Työpsykologin toimintamalleihin tutustumista toteutettiin Mehiläisen valtakunnallisen työpsykologi Maria Kenolan avustuksella sähköpostin välityksellä. Työpsykologeilta saatujen vastauksien määrä ylitti nopeasti ennakko-odotukset. Vastauksien perusteella useammalla Mehiläis- paikkakunnalla oli pidetty työpsykologivetoisia uniryhmiä.

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkijan tehtävänä on toimia aktiivisesti tutkittavien kanssa. Tärkeän osan tiedonhankintaprosessia muodostavat sosiaaliset vuorovaikutustilanteet. Mitä

toimintatutkimuksellisempaa on tutkimuksen näkökulma sen perustellumpaa on tutkijan aktiivinen vaikuttaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009. 82- 83.)

Hoitomallin rakentamista koskevien työterveyshuollon moniammatillisten yhteistyöpalavereiden tehtävänä oli vahvistaa työntekijöiden osaamista unettomuuden hoidosta moni ammatillisessa yhteistyössä, ja asiakkaan motivoivassa haastattelussa. Yhteistyöpalavereissa esille nousevia haasteita unettomuuden hoidossa olivat:

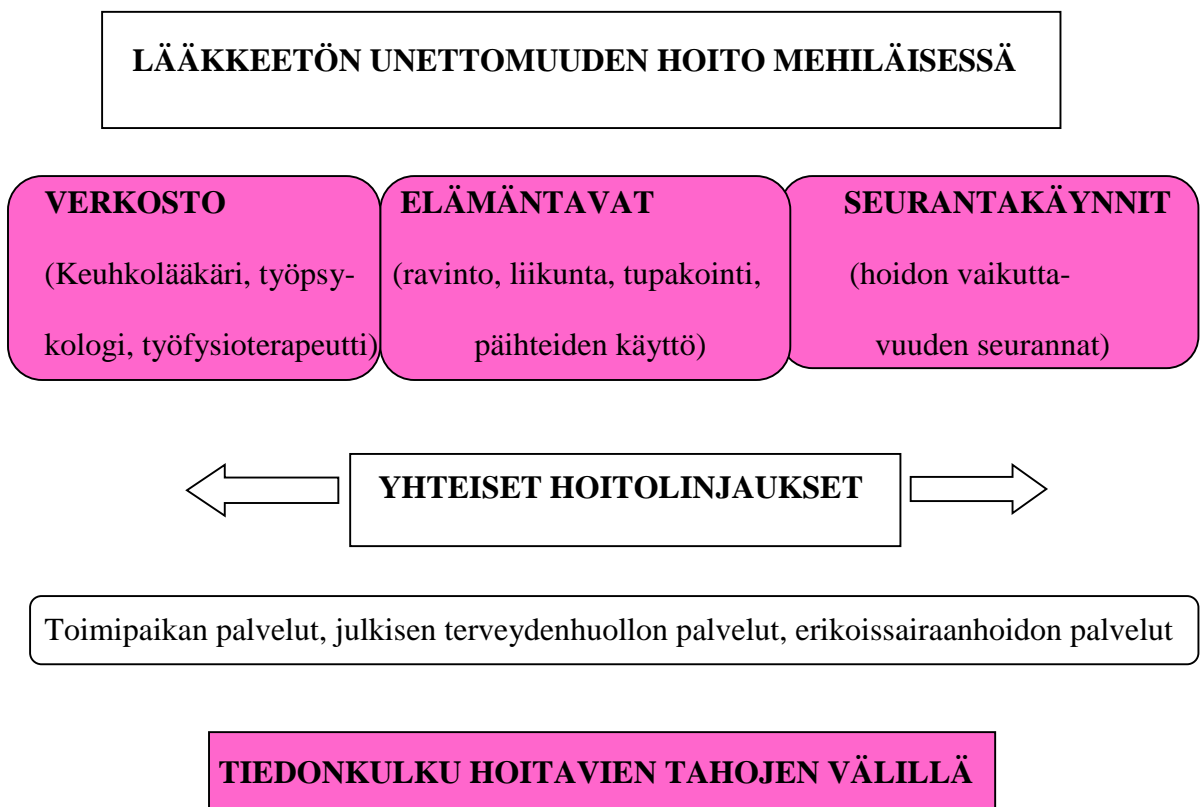
- Asiakkaan työterveyshuoltosopimuksen sisällön kattamattomuus/ epätietoisuus sopimuksen tarkemmasta sisällöstä kuuluvatko esimerkiksi yöpolygrafia tutkimukset sopimukseen.
- Matkatyötä tekevät asiakkaat, seuranta-aikojen sopimisen vaikeus samalle ammattihenkilölle.
- Asiakkaan välittämättömyys unettomuuden hoidosta/ hoitoon sitoutumattomuus → motivoinnin vaikeus.
- Muiden elämäntapojen huono hoito/ hoitamattomuus.
- Tiedonpuute unettomuudenhoidosta.

Työterveyshuollon yhteistyöpalavereissa työntekijöillä oli mahdollisuus tarkastella ja kehittää yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa, ja saada uusia näkökulmia ja voimavaroja omaan työhönsä myös tulevaisuudessa. Palavereiden yhteydessä käytiin läpi erilaisia unettomuuden arvioinnissa käytettäviä lomakkeita joiden yhteydessä jokainen työntekijä sai jakaa vuorovaikutuksellisesti omia käyttökokemuksiaan. Etenkin hoitajien keskuudesta nousi esille tarve mahdollisimman yksinkertaisen hoitomallin luomisesta, helposti löydettävine ja täytettävine testeineen. Osana univaikeuksien syntymiseen vaikuttavat esimerkiksi päihteiden käyttö ja masennus. Pohdintojen jälkeen hoitomalliin valikoituvia testejä olivat: Audit, Dast- 20, BB1-15, DEPS ja unettomuuden haitta-asteenarviointi (Liite2). Toinena ongelmana hoitajat nostivat esiin palavereissa miten lyhyessä ajassa saa kartoitettua asiakkaan tilanteen ja kannustettua asiakkaan motivoivaan elämäntapojen muutokseen ennaltaehkäisten sairauksien syntymistä.

Kehittämisen prosessin suunnittelu ja toteutusvaiheen kehittämistä vaativista asioista keskusteltiin avoimesti työterveyshuollon palavereissa. Hoitomallin kehittäminen prosessi koostui työntekijöiden osaamista vahvistavista koulutuksista, käytössä olevien työmenetelmien

kartoituksesta ja kehittämisestä, tiimien kokoontumisista, henkilökohtaisista tapaamisista ja yhteydenotoista puhelimitse ja sähköpostitse.

Prosessin edetessä hoitomallin kehittämisalueiksi nousi unettomuuden varhainen tunnistaminen ja asiakkaan itsehoidon ohjaus terveyden edistämisen suuntaan. Lisäksi työntekijät kokivat tarvitsevansa vahvistusta unettomuuden arvioimiseen, muutosprosessin ja eri hoitolinjauksien käyttämiseen. Palavereissa saatujen avoimien palautteiden perusteella hoitomallin kehitysvaiheessa (kuvio 3) prosessin kuvattiin selkiyttäneen ja lisänneen tietoperustaa, sekä rohkeutta univaikeuksien arvioimiseen etenkin hoitajien vastaanotolla. Unihäiriöistä kärsivien asiakkaiden kanssa käytyjen keskusteluiden koettiin syventyneen sekä lisänneen omaa tietoperustaa.



KUVIO. 3 Uniasioiden puheeksi ottaminen Mehiläisessä.

3.2 Kehittämisprosessin tulokset

Tällä hetkellä viimeisessä palaverissa yhdeksi tärkeäksi kehittämishaasteeksi koettiin yhteistyön selkiyttäminen tulevaisuudessa Mehiläisen ja erikoissairaanhoidon (keuhkopoli-klinikka) kanssa. Tulevaisuuden edellytyksenä hoidon laadukkaalle jatkuvuudelle on myös yhtenäinen tiedonkulku eri toimijoiden välillä sekä yhteiset kirjaamiskäytännöt. Kehittämisprosessin tuloksena syntynyt työikäisen lääkkeetön unettomuuden hoitomalli lähetetään esitestaukseen syksyllä 2015, jonka jälkeen 6kk:n kuluttua lähetyksestä arvioidaan hoitomallin käytettävyyttä kehittävällä arkiajattelulla (kuvio1) Mehiläisen palautelomakkeen avulla.

3.3 Kehittämisprosessin arviointi

Tämä kehittämisprosessi eteni suunnitelmallisesti asetettujen tavoitteiden mukaisesti aikataulussa. Hyvän pohjan kehittämisprosessin aloittamiselle antoi prosessin käynnistäjän aiempi kokemus unettomuuden hoidosta keuhko-osasolla. Prosessin käynnistäminen vaati paljon erilaisia esivalmisteluita kuten suunnittelua, haastatteluja, usean eri henkilöiden aikataulujen yhteensovittamista, ja erilaisten tekniikoiden kokeilemistä uudelleen testaamisineen. Tämän opinnäytetyöprosessin projektiorganisaatio koostui viidestä työterveyshoitajasta, työterveyslääkäristä, kehittämisspälliköstä, kahdesta työfysioterapeutista ja valtakunnallisesti useasta eri työpsykologista.

Hoitomallin luomisessa käytettiin apuna eri henkilöiden luovuutta, erilaisia kuvankäsittelyohjelmia sekä tekijän henkilökohtaisten rajojen ylittämistä lähteä kokeilemaan uusia tekniikoita. Prosessin alkuvaiheessa luotiin hoitomallin teoreettinen viitekehys yhteistyössä Mehiläisen kanssa, sekä varsinainen projektisuunnitelma aikataulutuksineen. Suunnitelma toimi ajankäytön työkaluna prosessin edetessä johon kirjattiin kehittämisprosessin keskeiset asiat, kuten työn tavoitteet, toteutusaikataulu ja yhteistyökumppanit. Hoitomallin viitekehysten muodostumiseen vaikuttivat ohjaavan keuhkolääkärin ammatillinen kokemus ja näkemys unettomuuden hoidosta, Mehiläisen antamat raamit, sekä uusimmista unettomuutta käsitelleistä tutkimuksista esille nousseet asiat. Avainasemassa

projektin etenemisestä olivat myös paikallisen työterveyshuollon tiimin tarjoama tuki, sekä Mehiläisen kehittämispäällikkö Leena Uronen joka vastasi opinnäytetyön tiedottamisesta yhteistyöorganisaatiolle. Lappeenrannassa toimiva tiimi kokoontui vuoden aikana asian tiimoilta kaksi kertaa, sekä lisäksi projektin aikana annettiin välipalautetta etenevästä työstä sekä käytiin puhelinpalavereita ja sähköpostiviestittelyitä työelämäpalvelupäällikön kanssa. Tiimin koostuminen moniammatillisesta osaamisesta toi varmuutta, tukea ja antoisia keskusteluita projektin eri vaiheissa. Yhteistyö tiimin kanssa sujui projektin aikana erinomaisesti.

Osana kehittämisprosessia syntynyt kirjallisuuskatsaus tarjosi Lappeenrannan yksikölle uutta tietoa lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta, sekä laajemmin koko Mehiläisen organisaatiolle. Tällä hetkellä käytössä olevia unettomuuden seulonta lomakkeita on käytössä paljon erilaisia, samoin kuin yksikkökohtaisia hoitokäytäntöjäkin. Tämä ei välttämättä ole huono asia, mutta Mehiläisen toimintaa ohjaavien arvojen joita olivat vuonna 2014: ainutlaatuisuus, asiantuntijuus ja vastuullisuus perusteella myös työn laadullisuuden ja yhteneväisyyden toteuttaminen on tärkeä osa työterveyshoitajan työtä. Unettomuuden arviointi voi eri ammattiryhmien välillä olla hyvinkin eriasteista. Lisäksi arviointiin voi vaikuttaa asiakkaan nykytilanne ja monesti myös univaikeuksien arviointi jää vähäisemmälle kuin esimerkiksi asiakkaan liikuntatottumuksista keskusteleminen vastaanotolla. Usein hoitajat arvioivat vastaanottotilanteessa unettomuutta työssä jaksamisen ja selviytymisen näkökulmasta, lääkärit enemmän lääketieteellisestä näkökulmasta, psykologit henkisten voimavarojen kartoittamisesta ja fysioterapeutit tuki- ja liikuntaelinvaivojen kartoittamisen kannalta jolloin esimerkiksi kipu voi olla syynä univaikeuksien syntymiselle (Uronen 2015.)

4 POHDINTA

4.1 Eettisyys ja luotettavuus

Terveiden edistämisen toteutuksen pohjan muodostavat arvot, käsitys ihmisestä, ja terveyden ammattietiikasta. Keskeisimpänä arvona voidaan pitää ihmisen kunnioittamista. Etiikan tavoitteena ei ole ratkaista oikeaa toimintamallia, vaan tarjota eri mahdollisuuksia asioiden ratkaisemiseksi. Käytännön työssä tarvitaan monenlaista käytännön osaamista jonka pohjan muodostaa ammattieettinen perusta. (Kylmä, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen 2001, 62- 74.)

Unettomuutta ja siihen liittyviä tutkimuksia on viimeisen kymmenen vuoden aikana tehty valtavasti. Yksi suurimmista haasteista opinnäytetyön tekemiselle oli saatujen hakujen aihealueeseen rajaaminen. Lisäksi haastetta työn rajaamiseen toi univaikeuksien ja työterveyshuollon yhdistäminen, koska Suomalaista työterveyshuoltokäytäntöä ei tunneta maailmanlaajuisesti. Työhön valittuja lähteitä käytettiin teorian pohjana kriittisistä näkökulmista ja niihin paneuduttiin perusteellisesti. Perusteellisen paneutumisen tarkoituksena oli myös lisätä omaa ammatillista osaamista aiheeseen. Valittuina lähteinä käytettiin ainoastaan 2000-luvun kirjallisuutta, koska etenkin työterveyshuoltoa koskevassa kirjallisuudessa suurin osa alle 2000 luvun kirjallisuudesta oli jo vanhentunutta tietoa. Lisäksi lähteiden valinnassa ohjeistivat työn tutkimustehtävät.

Suomessa tyypillistä työterveyshuollon toiminnalle on sen perustuminen tutkittuun tietoon. Mikäli tiedolle ei saada tutkittua taustaa, voidaan soveltaen käyttää kokemuspohjaista tietoa. Tässä tapauksessa toiminta ei ole yleisten eettisten periaatteiden vastaista. Monesti perinteiset toimintatavat voivat olla tehottomampia kuin uudet teknologiset mikä voi muodostaa esteen niiden käyttökelpoisuudelle. Eettisemmäksi toiminnaksi on kriteerien mukaan määritelty toiminta jonka vaikuttavuutta on tutkittu ja sitä pystytään mittaamaan. (Rautio 2014, 81- 90.) Aihealueiden rajauksien jälkeen oli hyvin mielenkiintoista lähteä rakentamaan opinnäytetyöraporttia aihepiirin ajankohtaisuuden takia. Työn edistyessä jouduin monesti pohtimaan vastaako tutkimukseni työn aloitusvaiheessa määritellyt opinnäytetyön tavoitteita.

Työterveyshuollossa tietojen salassapidon eettistä toimintaa säätelevät muun muassa Työterveyshuoltolaki (1383/2001), sekä Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuolto-käytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (708/2013). (Rautio 2014, 81- 90.) Työpaikoilla tapahtuvan henkilökohtaisten tietojen suojaaminen, ja yrityksen salassa pidettävien yritystietojen noudattaminen laillisten ja yhteiskunnallisten vastuiden perusteella on tärkeä osa myös Mehiläisen laatukriteereitä. Mehiläisen on pystyttävä vastaamaan kovaan sote-alalla meillä olevaan kilpailuun työterveyshuollon palveluntarjoajista investoimalla laadun lisäksi yrityskohtaisiin pitkälle kehitettyihin ohjeistuksiin. Erilaiset hoidossa käytettävät ohjeistukset on luotu vain Mehiläisen käyttöön tarkoitetuiksi joka sitoo lomakkeiden ja ohjeistuksien käyttäjiä vaitiolovelvollisuuteen niiden sisällöstä. Pystyäksemme Mehiläisessä vastaamaan kilpailuun, huolehtia liiketoimintamme kasvusta ja olla vuonna 2018 Suomen paras asiakaskokemus emme voi luovuttaa niiden sisällöstä tietoa ulkopuolisille, kuten opinnäytetyön tuotoksena valmistunut työikäisen lääkkeetön unettomuuden hoitomalli. Tavoitteeseen pääsemiseksi Mehiläinen on määritellyt edellä mainitun tietosuojakäytännön yhdeksi yrityksen peruseriaateista joissa pyrimme varmistamaan toimintamme laadullisuuden.

4.2 Opinnäytetyön kokonaisarviointi

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä hoitomalli lääkkeettömästä unettomuuden hoidosta, sekä luoda käsikirjaohjeistus Mehiläisen työterveyshuollossa työskenteleville unen hoidosta. Työn aiheen hyväksymisen jälkeen sain hyvin vapaat kädet lähteä toteuttamaan opinnäytetyötäni, mutta työelämäpalveluiden valtakunnan tasolla oli kuitenkin toiveena työn käytännön läheisyys ja sen soveltaminen työelämäpalveluiden käyttöön. Työn tavoitteena oli lisäksi lisätä työterveyshuollossa työskentelevien tietoutta unen hoidosta, sekä ennaltaehkäisten univaikeuksien syntymistä. Työn edetessä sain hyvää palautetta tiimiltäni esille tuomistani uudistuneista lääkkeettömistä unenhoito menetelmistä.

Viime vuosien aikana yhä useampi työterveyshuollon asiakkaista kärsii tietoisesti/ tiedostamattaan univaikeuksista. Osa heistä työskentelee kolmivuorotyössä, osa joutuu

työnsä puolesta matkustelemaan kärsien ns. vieraassa paikassa nukkumisesta aikaeroineen, etätöön tekeminen kotiolosuhteissa on lisääntynyt, työssä lisääntynyt henkinen kuormittuneisuus sekä ruuhkavuodet voivat aiheuttaa omat haasteensa työn ja perhe-elämän yhteensovittamiselle jolloin myös unen laatu saattaa kärsiä. Suurimalla osalla vastaanotolle hakeutuvista on vaikeuksia työn ja arkielämän yhteensovittamisessa. Etenkin 2000-luvulla yleistynyt etätöön tekeminen on lisännyt kotona tapahtuvaa työntekoa päätteellä, tai erilaisien somepalveluiden kuten facebookin katselu myöhään altistaa univaikeuksien syntymiselle. Nykypäivänä myös työpäivien pituudet saattavat ajoittain venyä pitkiksikin työmatkojen kanssa.

2015 luvulla yhä useampi työssä käyvä arvostaa tänä päivänä enemmän työajan ulkopuolista elämää ja haluaa myös nauttia siitä. Vapaa- ajan harrastuksien ajankohta pyrkii veynymään myöhäisenpään ajankohtaan joka altistaa ihmisiä valvomiselle ja sitä kautta uni-velalle. (Partonen 2014.).

Arvioitaessa asiakkaan työkykyä unen saamisella on suuri merkitys. Väsyneenä työntekijän työtehokkuus laskee, työtapaturmille altistumisen määrä kasvaa sekä työn mielekkyys vähenevät. Etenkin oikeanlaisella työvuorosuunnittelulla on suuri merkitys työntekijän työssä jaksamiseen. Lisäksi yksittäisiä vapaapäiviä ei tulisi suunnitella työvuorolistaan olleenkaan jolloin työstä palautuminen ja näin ollen työn ja vapaa- ajan välinen aika jää hyvin lyhyeksi mikä on tarkoitettu työstä palautumiselle. Univaikeuksien ennaltaehkäisemiseksi apuna voidaan käyttää myös työn hyvää organisointia, säännöllisiä terveystseurantoja työterveyshuollossa, riittävää koulutusta ja asioiden tiedottamista työorganisaatiossa. Etenkin työaikoihin liittyviä terveyshaittoja voidaan vähentää työvuorjärjestelmien säännöllisyydellä, ennustettavuudella sekä vapaapäivien oikeanlaisella sijoittamisella työvuorosuunnitteluun.

Vaikka ihmisten yöunien pituus on yksilöllinen, suurin osa työikäisistä tarvitsee kuitenkin pysyäksään työkykyisenä unta 7-9 tuntia vuorokaudessa. Suurin osa asiakkaista tiedostaa unen merkityksen tärkeyden työkyvyn säilyttämisessä, sekä unihygienian merkityksen unen saamisen edistämässä. Kuitenkaan heidän tieto ja käytännön toiminta eivät välttämättä kohtaa vaikka unettomuuden hoidosta löytyy etenkin internetistä useita eri järjestöjen kuten uniliiton ohjeistuksia testeineen.

Asiakkaan hoitoprosessissa hoidon tavoitteena on asiakkaan tilanteen kartoitus, kartoittaa omahoidon mahdollisuudet sekä kannustaa niiden toteuttamiseen. Yleensä omahoitoprosessi suunnitellaan yhteisesti ammattihenkilön kanssa asiakkaan tarpeita ja voimavaroja vastaaviksi. Hoidon taustalla on aina näyttöön perustuva hoitotyö. Pääpainoa omahoidon suunnittelussa ja toteutuksessa on aina asiakkaan ongelmanratkaisu ja päätöskyky joista asiakas vastaa itse. Näitä ovat esimerkiksi päihteiden käyttö. Asiakkaan motivoimisella ja sitoutuneisuudella omahoitoon on todettu tieteellisesti vähentävän terveyspalveluiden käyttöä. (Routasalo & Pitkälä 2009.) Myös keskeisessä roolissa asiakasvastaanotolla on ammattihenkilön ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde. Ensitapaamisesta lähtien on ensiarvoisen tärkeää että asiakas kokee tulleen kuulluksi, ja välttämällä väärinymmärryksiä molemmin puolin. (Torkkola 2002, 44- 45.)

Avainasemassa hoitoprosessin kulusta on myös ammattihenkilö jonka tavoitteena on tukea asiakasta omahoidon aikana, tarjota keinoja minkä avulla asiakas pääsee tavoiteltuun lopputulokseen sekä kannustaa asiakasta tavoitteiden saavuttamiseen. Omahoidon toteutus vaatii myös asiakkaalta kykyä uskoa omiin tavoitteisiinsa ja motivoitua tuleviin muutoksiin. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

Hoitotyössä ohjaus käsite voi olla myös haasteellinen, koska siitä käytetään monia eri nimityksiä, sekä käsitteiden käyttö mielletään usein epäselväksi. Rinnakkaiskäsitteinä siitä käytetään tiedonantamista, neuvonta, ohjaus ja opetusta. Ohjaustilanteissa tulisi huomioida asiakkaan sekä hoitajan taustatekijät. Taustatekijät voidaan jakaa eri kategorioihin: fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja muut ympäristötekijät. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Suurin osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa on asiakkaan ohjaus ja terveys- tapaneuvonta. Onnistuneella ohjauksella voidaan vaikuttaa asiakkaiden ja heidän läheistensä terveydentilaan ja kansantalouden terveyden edistämiseen. Haasteellisissa tilanteissa ohjaaminen edellyttää tarpeen tiedostamisen lisäksi tunnistamista. Tällä hetkellä ohjauksen pääpainopisteenä pidetään asiakkaan ja ammattihenkilön jakaman asiantuntijuuden lisäksi asiakkaan ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta tehtyjä valintoja. Hoitajan tavoitteena ohjauksessa on ymmärtää asiakas aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana jonka jälkeen voidaan lähteä yhdessä miettimään: miten asiakas voi käsitellä kokemuksi-

aan, käytettävissä olevat resurssit, ongelmien ratkaisu sekä löytää näihin erilaisia toimintatapoja. Näiden tarkoituksena on lisätä hoitajan ja asiakkaan välistä luottamusta ja sitoutumista oman tilanteensa hallintaan. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Aikaisemmat ohjauskokemukset voivat vaikuttaa asiakkaan suhtautumiseen ohjaustilanteessa. Hänellä voi olla myös omia tapoja tai mieltymyksiä joita hän ei halua muuttaa ja näin annettu ohjaus on hyödytöntä. Tällaisissa tilanteissa hoitaja voi yrittää etsiä asiakkaan kanssa kompromissia tilanteen ratkaisemiseksi. Hoitosuhdetta luotaessa on myös ensiarvoisen tärkeää huomioida asiakkaan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeista, koska ne voivat olla toisistaan erilaiset. Asiakkaat joilla on jo diagnosoitu jokin sairaus osaavat yleensä arvioida hyvin omaa tilannettaan, ja kertoa minkälaisia asioita he toivovat ohjauksessa käsiteltävän. (Elf & Wikbland 2001.)

Ohjauksessa huomioon otettavia taustekijöitä ovat myös sosiaaliset, kulttuurilliset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Näiden lisäksi myös hoitajan henkilökohtaiset arvot vaikuttavat siihen miten hän voi lähestyä asiakasta ohjauksessa käsiteltävistä asioista. Etenkin kulttuuriin liittyvät tabut, uskomukset ja traditiot tulee huomioida suunniteltaessa hoidon jatkuvuutta. Lisäksi asiakkaan äidinkieli voi aiheuttaa asiakkaalle turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa hoitosuhteen muodostumisessa. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Asiakkaan fyysisistä tekijöistä tulee hoitajan huomioida esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairaudet, oireet ja niiden vaikutukset arkielämään. Fyysiset tekijät voivat vaikuttaa myös asiakkaan tilanteeseen miten hän on valmis ottamaan vastaan ohjausta: unohteleeko asioita vai kieltääkö. Myös muilla tekijöillä on merkitystä hoitajan ohjaustilanteeseen valmistautumiseen. (Kääriäinen ym. 2006.)

Opinnäytetyöni vastasi työn aloitusvaiheessa määriteltyjä tutkimuskysymyksiä. Työn edetessä teimme vielä yhdessä Mehiläisen keuhkosairauksien erikoislääkäri Kaija Paljan kanssa työnrajoja josta poistimme vielä tekstiä ennen lopullista opinnäytetyötä.

Opinnäytetyöni pohjalta koen saaneeni paljon lisävalmiuksia unen hoitoon, sekä erilaisia työvälineitä unettomuuden kartoittamiseen. Suurenosan työterveyshoitajan työstä muodostavat KL1 eli ennaltaehkäisevät palvelut, joiden tehtävänä on terveyden edistäminen ennaltaehkäisten sairauksien syntymistä. Toivon myös tulevaisuudessa opinnäytetyöni herättävän eri ammattihenkilöitä hyödyntämään moniammatillisen tiimin tarjoamia valmiuksia hoitaa unettomuudesta kärsivää asiakasta lääkkeettömin keinoin.

4.3 Tulevaisuuden näkökulma

Unettomuus ja unettomuuden aiheuttamat liitännäisoireet ovat tulevaisuudessa yhä kasvava asiakasryhmä, mikäli etenkin työterveyshuollossa ei tulevaisuudessa panosteta niiden ennaltaehkäisemiseen, varhaiseen tunnistamiseen ja asiakaslähtöisen hoitoprosessin käynnistämiseen tilannekartoituksen jälkeen. Kuten Heli Järnefeltkin toteaa kesällä 2015 valmistuneessa väitöstutkimuksessaan, tällä hetkellä lääkkeettömiä unettomuuden hoitomenetelmiä ei ole riittävästi tarjolla. Erilaiset markkinoilla olevat nukahtamis- ja unilääkkeet eivät tuo pitkäaikaista apua asian hoitamiseen.

Vähentääkseen unettomuudesta aiheutuvaa työkyvyttömyyttä tulisi työterveyshuoltojen kartoittaa tällä hetkellä tarjolla olevia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, lisätä valmiuksia hoitaa/ auttaa unettomuudesta kärsiviä asiakkaita hyödyntäen moniammatillista osaamista riippuen yrityksen ostamasta työterveyshuollon sopimuksen sisällöstä. Mikäli työterveyshuollon sopimukseen ei kuulu esimerkiksi työpsykologin käynnit, tulisi ammattihenkilön kartoittaa muita tarjolla olevia hoitomuotoja/ osata tarjota asiakkaalle hoitomuotoja myös työterveyshuollon ulkopuolelta.

Osana opinnäytetyötä valmistui raportissa ja käsikirjassa käsiteltyihin asioihin perustuva työikäisen lääkkeetön unettomuuden hoitomalli. Hoitomalli lähetetään esitestaukseen Mehiläisessä työterveyshuollossa työskenteleville syksyllä 2015. Tarkempi lähetyspäivämäärä ja kohdeyksiköt selviävät lokakuussa 2015. Tulevaisuudessa hoitomallin käytettävyyttä voidaan arvioida siihen tarkoitettulla Mehiläisen palautelomakkeella kuuden kuukauden kuluttua lähetyksestä. Tuolloin voidaan arvioida miten hoitomalli on toiminut

työvälineenä, ja onko sen avulla saatu kannustettua asiakasta omahoitoon. Testauksen jälkeen saatujen palautteiden perusteella voidaan panostaa enemmän hoitomallin kehittämiseen esimerkiksi työpsykologin ja työfysioterapeutin osalta.

Kehittämishankkeita tulevaisuudessa voivat olla esimerkiksi työhyvinvointipalveluina yrityksille tarjottavat erilaiset uniryhmät. Erilaisten ryhmien avulla voitaisiin mahdollisesti pidemmällä aikavälillä vähentää myös työikäisten unettomuutta, terveyden- työ ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä sairauspoissaolojen syntymistä.

LÄHTEET

- Elf M & Wikblad K. 2001. Satisfaction With Information and Quality of Life in Patients Undergoing Chemotherapy for Cancer. *Journal of Advance Nursing* 24 (5), 351-356.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit O. 25.
- Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY. oppimateriaali Oy. 5.
- Hublin, C. & Lagerstedt, R. 2012. Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka. Teoksessa Järnefelt, H. & Hublin, C. (toim.) Työikäisen unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos. 20 – 34.
- Järnefelt, H. 2015. Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystuotohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1/2006, 12.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Moilanen, T, Ojasalo, K & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Luettu 1.5.2015.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf>
- Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto. 2014.
<https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- Ojasalo, K., Moilanen, T & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1.painos. Helsinki: WSOYpro. 19- 20.
- Partonen, T. 2014. Lisää unta-Kiireen lyhyt historia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 47- 48.
- Peltoniemi, A. 2007. Terveystuotohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Rautio, M. 2014. Eettinen toiminta työterveyshuollossa. Teoksessa Uitti, J.(toim.) Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki. Työterveyslaitos. 81- 90.

Toikko, T, Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 13- 14, 22.

Torkkola, S. (toim.) 2002. Terveysviestintä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy. 44-45.

Tuomi, J, Sarajärvi, A.2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki. Tammi. 82- 83.

Unettomuus. 2008. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 6.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Uronen, L. Työelämäpalveluiden kehittämispäällikkö. 2015. Haastattelu 12.1.2015. Haastattelija Kataikko, N. Lappeenranta.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 51- 77.

LIITTEET

Liite 1. Mehiläisen työelämäpalveluiden käsikirja unen hoidosta

UNEN MERKITYS

2000-luvun työelämä on muuttunut enemmän henkiseksi kuin fyysistä ponnistelua vaativaksi. Tällä hetkellä työikäinen ihminen tarvitsee yhä enemmän valppautta sekä luovaa ajattelua suoriutuakseen työstään, joiden kannalta riittävän laadukas uni on ensiarvoisen tärkeätä.

Uneksi kutsutaan ihmisen aivotoiminnan tilaa jossa keho lepää, mutta aivoilla on tietoinen yhteys olemassa olevaan. Nukkuessa päivän aikana tapahtuneet asiat, ja erilaiset tunnetilat kertautuvat mielessämme. Laadullista unta pidetään terveydellisesti tärkeämpänä kuin pituudellisesti pitkäkestoista unta. Ihmisen unen tarve on kuitenkin varsin yksilöllistä, ilman unta ihminen ei tule toimeen. Unen aikana meidän aivomme täydentävät energiavarastojaan, järjestävät tietoja lokeroihin, aktivoivat muistijälkiä sekä purkavat vuorokauden aikana tapahtuneita ristiriitatilanteita. Riittämättömän yöunen on todettu heikentävän elimistön puolustusjärjestelmää, aineenvaihduntaa, lisäävän tapaturmariskien syntymistä, altistavan erilaisten sairauksien kuten sydän- ja verisuonisairauksien syntymiselle ja koordinaatio- sekä orientaatiokyvyn heikkenemiselle.

Unen rakenne

Elimistön uni ei ole koko yön samanlaista, vaan koostuu eri vaiheista joita ihminen ei nukkuessaan pysty erottelemaan. Jokaisella unenaikaisella vaiheella on oma merkityksensä ja kaikkia niitä tarvitaan jolloin uni on riittävän laadullista ja virkistävää.

Yön aikana uneen sisältyy eri vaiheita. Unitila voidaan jakaa kahteen päävaiheeseen, jotka luokitellaan vilke- ja perusunivaiheeseen joista käytetään myös nimityksiä non-REM ja REM- uni. Non- Rem uni voidaan jakaa vielä kolmeen eri syvyysluokkaan joita luonnehditaan rauhalliseksi unijaksoksi. Usein tämän jakson aikana herääminen on usein vaikeaa

tai lähes mahdotonta. Rem- univaiheessa elimistö toimii kaiken aikaa aktiivisesti, ja unen aikana ihmisellä voi esiintyä esim. nopeita silmänliikkeitä, ja raajojen nykimisiä. Normaali unijakso on jaettu erilaisiin sykleihin, ja koostuu keskimäärin noin viidestä 90minuutin syklistä. Sykliden kautta ihmisen elimistö siirtyy rauhallisemman univaiheen kautta REM- uneen. Yleensä eri syklien välillä ihminen voi havahtua lyhytkestoisesti. Aktiivisessa Rem- univaiheessa univaiheet pitenevät loppua kohti valmistaen elimistöä heräämiseen ja liikkeelle lähtöön. Syklit päättyvät heräämisvaiheeseen joista ei jää muistikuvaa. Näistä syntyy mielikuva yhtenäisestä yönestä.

Usein vastaanotolle tulevat ihmiset valittavat päiväväsymystä, jonka yleisin aiheuttaja on riittämätön yöuni. Ihminen ei jaksakaan ilman unta. Syy väsymykseen voi olla joko riittämätön unenmäärä tai eriaistiset unihäiriöt.

Stanfordin yliopistossa 2014 tehdyn tutkimuksen perusteella, unettomuuden aiheuttajat ovat usein monisyisiä, ja ne voidaan jakaa biologisiin ja ympäristöön liittyviin syihin. Biologiset syyt voivat muodostua kroonisista kiputiloista, masennuksesta, ahdistuneisuudesta, eri psykiatrisista sairauksista, kilpirauhasen toiminnan häiriöstä, sekä kofeiinin kaltaisten stimulanttien, alkoholin ja sedatiivien käytöstä joiden vaikutus loppuu yöllä. Myös eri lääkeryhmissä, kuten astmalääkkeet, nesteenpoistolääkkeet, allergialääkkeet, steroidit ja beetasalpaajat voivat vaikuttaa unettomuuden syntymiseen.

Ympäristöllisiin unettomuuden tekijöihin on listattu esimerkiksi nukkumisen liiallinen yrittäminen, kun uni ei tule normaalisti. Unen ja unettomuuden miettiminen lisää myös unettomuuden riskiä ja näin ollen uni saattaa tulla esimerkiksi television ääressä, mutta ei sängyssä.

Tyypillisimpiä unettomuuden oireita ovat erilaiset nukahtamisvaikeudet, yö heräämiset, virkistämätön uni ja liian varhaiset heräämiset yön jälkeen. Unettomuuden oireet voivat ilmaantua itsenäisinä oireina esimerkiksi jonkin elämän muutoksen yhteydessä, tai liitännäisoina kuten kivun yhteydessä. Muina oireina unettomuus lisää riskiä sairastua esimerkiksi erilaisiin mielialahäiriöihin, somaattisiin sairauksiin, sairastumista sekä työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä.

UNETTOMUUS

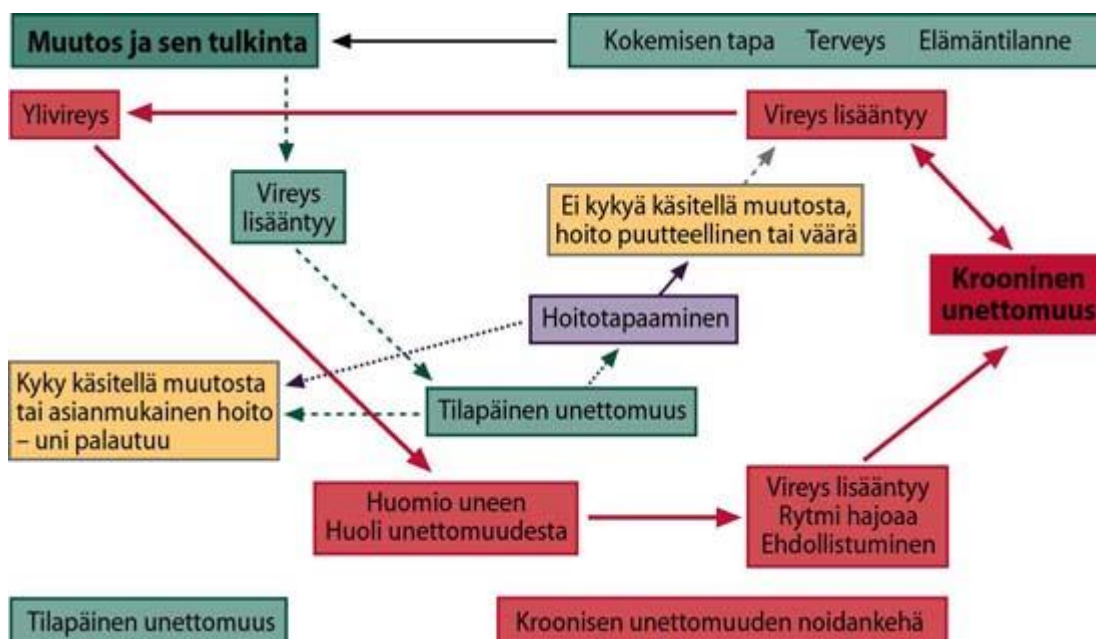
Unettomuuden määritelmä

Unettomuuden Käypä hoito suosituksen (2008) mukaan unettomuus on myös merkittävä haaste kansanterveydelle, jonka oireiden varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy tulisi toteuttaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Useimmiten etenkin pitkittyessään unettomuus on hyvin monisyinen ongelma johon voivat asiakkaan lääkityksen lisäksi vaikuttaa persoonallisuus, elämäntilanne ja tottumukset. Päästäkseen parhaaseen lopputulokseen asiakkaan hoidossa on hyvä aluksi kartoittaa unettomuuden taustatekijät, ja kattava esitietojen kerääminen.

Unettomuus tai nukahtamisvaikeudet voidaan määritellä kroonisiksi, mikäli oireita esiintyy vähintään kolmena yönä viikossa yli kolmen kuukauden ajan. Useimmat ihmisistä ovat kärsineet lyhytaikaisesta lyhyestä unettomuudesta, jota voidaan kutsua myös akuutiksi unettomuudeksi. Akuutissa unettomuudessa ihminen ei saa nukuttua vaikka toivoo unen tulevan. Tyypillisimpiä akuutin unettomuuden aiheuttajia ovat matkustamisen aiheuttama aikaero, ahdistuneisuus tai eri elämäntilanteet.

Etenkin naisten riski sairastua vaihdevuosisien jälkeen sydän ja verisuonisairauksien lisäksi unenaikaisiin hengityshäiriöihin on suurentuneempi kuin miehillä.

Välttämättä unettomuuden hoidossa ei aina tarvita lääkkeellistä hoitoa asiakkaan kokiessa heräävänsä aamuisin virkeänä ja arvioidessa elämänlaatunsa muutenkin hyväksi. Ensimmäinen merkitys diagnosoimisessa on huolellisella asiakkaan anamneesilla, nukkumispäiväkirjalla ja erilaisilla kliinisillä tutkimuksilla. Lyhytkestoisen unettomuuden hoidossa keskeistä on asiakkaan tukeminen, syiden ja laukaisevien tekijöiden etsiminen ja käsitteleminen, itseohjaus unenhuoltoon. Kroonisessa unettomuudessa voidaan apuna käyttää erilaisia kognitiivisia terapioidia. Usein unettomuuden taustalla voi olla jokin sairaus, joka täytyy hoitaa ensin asianmukaisesti kuten psyykkiset sairaudet.



KUVIO 5. Unettomuuden toteaminen (Unettomuus: Käypä hoito-suositus 2008).

Unettomuuden diagnosointi

Vuonna 1979 laaditun unihäiriöluokituksen perusteella unihäiriöt voidaan luokitella neljään pääryhmään. Ryhmiä ovat: 1) unettomuutta aiheuttavat, 2) liiallista päiväväsymystä aiheuttaviin, 3) parasomnioihin eli unenaikaisiin erityishäiriöihin ja 4) univalverytmin häiriöihin esimerkiksi aikaerorasitukseen ja vuorotyöhön liittyviin unihäiriöihin. Kansainvälisessä ICD-10 tautiluokituksessa unihäiriöt voidaan luokitella mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöiden luokkaan F51 (ei-elimelliset unihäiriöt) sekä hermoston sairauksiin luokkaan G47 (elimelliset unihäiriöt, kuten uniapnea, narkolepsia ja Kleine-Levinin oireyhtymä). Tärkeimmän ryhmän unihäiriöistä muodostaa levottomien jalkojen oireyhtymä G25.8.

Diagnosoitaessa unen laatua, ja määrää voidaan apuna käyttää myös erilaisia laboratorio-olosuhteissa toteutettavia tutkimuksia jotka eivät ole rutiiniluontoisia. Useimmiten näissä tutkimuksissa virallisen mittausosuuden asiakas suorittaa kotiolosuhteissa. Näitä tutkimuksia ovat esimerkiksi kotiolloissa tehtävä aktigrafia ja yöpolygrafiutkimus. Aktigrafia- tutkimuksessa asiakas pitää ranteessaan rannekelloa muistuttavaa liikeaktiivisuutta mittaavaa anturia noin viikon ajan aktiivisesti, jonka avulla kuvataan uni-valverytmin jaksottumista. Tutkimuksen tulosta voidaan hyödyntää esimerkiksi viivästyneen tai aikais-tuneen unijakson diagnosoimisessa.

Vaikeimmissa unettomuuden selvittelyissä voidaan apuna käyttää joko unilaboratoriossa tai kotiolosuhteissa tehtävää koko yön kestävästä mittauksesta. Yöpolygrafia käsittää esimerkiksi ilmavirtauksen, hengitysliikkeiden, happikyllästeisyyden, pulssin ja asennon rekisteröinnin. Unipolygrafian tutkiminen ja tulkinta on aikaa vievää sekä työlästä eikä näin ollen ole rutiininomainen tutkimus. Usein unipolygrafiaa lähdetään tutkimaan, mikäli pitkittyneen unettomuuden syitä ei ole pystytty selvittämään. Tutkimuksen avulla pyritään selvittämään etenkin unenaikaisia erityishäiriöitä esimerkiksi yöllisen epilepsian tai REM- uni käyttäytymishäiriön esiintymistä. Useimmiten tutkimuksen taustalla voi olla myös epäily esimerkiksi uniapneasta, jolloin asiakas nukahtaa yleensä iltaisin nopeasti, mutta unenlaatu on heikkoa.

Muita uniapneaan viittaavia oireita ovat esimerkiksi. äänekäs lähes joka yö kestävä kuor-saus, unenaikaiset hengityskatkokset, keskivartalolihavuus, yöheräilyt ja yöllisen virtsaamisen tarve.

UNETTOMUUDEN VAIKUTUS TERVEYTEEN

Artikkelissaan Suomalainen unitutkija Markku Partinen (2009) kertoo ihmisen nukkuvan keskimäärin noin kahdeksan tuntia vuorokaudessa, joka keskimäärin on noin kolmasosa elämästä. Pitääkseen yllä toimintakykyä ja yleistä hyvinvointia on riittävän pitkä ja laadullinen uni välttämätöntä turvatakseen nämä.

Tämän hetkisten tutkimuksien perusteella Suomessa yli 10 % aikuisista pärjää alle 6 tunnin uniajalla, kun taas toisaalta yli 10- 15 % tarvitsee unta 9,5h. Näiden syyn arvellaan johtuvan eriasteisista unihäiriöistä joita on todettu olevan enemmän Suomen lisäksi myös Ruotsissa muihin Euroopan maihin verraten.

Tehdyissä tutkimuksissa unettomuudesta kärsivät ihmiset ovat kuvanneet valveajan muutoksina uupumusta, stressiä ja mielialan laskua. Oireiden pitkittyessä sen on todettu lisäävän sairastavuuden riskiä masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöihin. Lisäksi unettomuudesta kärsivillä esiintyy keskittymis- ja muistivaikeuksia, päättämättömyyttä, sekä virheiden määrän kasvaminen muussa toiminnassa lisääntyy. Viimeaikaisten tutkimusten perusteella unettomuuden on todettu myös olevan yhteydessä lisääntyneeseen riskiin sairastua tyypin 2 diabetekseen.

Työterveyslaitoksen, Turun ja Lontoon yliopiston yhteistyössä tehdyssä tutkimuksessa unettomuusoireiden on todettu lisäävän myös työkyvyttömyyden riskiä, sekä voivan hidastaa myös töihin paluuta. Tutkimuksen mukaan työntekijät jotka kokivat unettomuusoireita vähintään viitenä yönä viikossa, riski jäädä työkyvyttömäksi oli puolitoistakertainen verrattuna työntekijöihin joilla univaikeuksia esiintyi harvemmin.

Tutkijat ovat miettineet voiko tämä oireilu olla merkinä lisääntyneestä aivotyöstä jolloin työasiat ovat jatkuvasti asiakkaan mielessä, työpapereita kuljetetaan kotiin missä niitä käydään läpi vielä työpäivänkin jälkeen, sekä tehdyn etätyön määrä on lisääntynyt.

UNETTOMUUDEN TYYPIT

Ei elimellinen primaarinen unettomuus

Suomessa käytössä olevasta kansainvälisestä tautiluokituksesta voidaan erottaa kaksi eri primaarisen unettomuuden muotoa. Ei elimellinen unettomuus luokitellaan kansainvälisessä tautiluokituksessa koodille F51.0. Tällä hetkellä ei elimellisestä primaarisesta unettomuudesta kärsii arviolta 15- 20 % väestöstä. Tyypillisimpinä oireina unettomuudelle ovat: nukahtamisvaikeudet, huonontunut unenlaatu, katkonainen yöuni ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen vaikeutuminen. Häiriön yleisyyskriteerinä pidetään, että häiriö esiintyy vähintään viikossa kolmena yönä kuukauden ajan. Mikäli unettomuuden diagnostiset kriteerit eivät täyty, voi kyseessä olla akuutti stressireaktio F 43.0 tai sopeutumishäiriö F43.0. Useimmiten unettomuutta aiheuttavan tekijän korjaannuttua tilanne normalisoituu alle kolmessa kuukaudessa.

Elimellinen primaari idiopaattinen unettomuus

Toisena primaarisen unettomuuden muotona pidetään elimellistä unettomuutta G47.0, josta käytetään kansainvälisessä unihäiriöluokituksessa myös nimeä idiopaattinen unettomuus. Elimellinen primaarista unettomuutta esiintyy väestöstä alle prosentilla, joista unettomuudesta kärsivillä alle kymmenellä prosentilla. Unettomuuden muoto alkaa useimmiten jo lapsuus- tai nuoruusiällä. Tällä hetkellä sen selvää syytä/ aiheuttajaa ei tiedetä, mutta unettomuuden on arveltu aiheutuvan keskushermostoperäisestä syystä, jolloin unen tuottomekanismit toimivat normaalia huonommin.

Toiminnallinen eli psykofysiologinen unettomuus

Toiminnallisesta unettomuudesta kärsii noin muutama prosentti väestöstä joilla unettomuus ilmenee itsenäisenä häiriönä, mutta sen eri muotoja esiintyy myös muissa unettomuuden muodoissa.

Unettomuuden diagnosoinnin Käypä-hoito- suosituksen (2008) mukaan toiminnallinen eli psykofysiologinen unettomuus luokitellaan koodille F51.0. Toiminnallisen unettomuuden tyypillisimpänä oireena on, noin kuukauden verran tai vähintään kolmena päivänä viikossa kestäneet unettomuuden oireet.

Useissa tapauksissa unettomuus voi lisätä ahdistuksen tunnetta nukkumisesta, vaikeutta nukahtamista sängyssä haluttuna ajankohtana. Asiakas nukkuu paremmin muualla kuin kotona, ajatustoiminnan vilkastuminen nukkumaan käydessä sekä somaattisen jännityksen lisääntyminen joka ilmenee esimerkiksi lihasten rentouttamisen kyvyttömyytenä.

Paradoksaalinen unettomuus

Paradoksaaliseksi unettomuudeksi kutsutaan tilaa jossa unettomuuden yleiskriteerit täyttyvät. Lisäoireena asiakkaalla on enemmän öitä jolloin hän ei saa unta ollenkaan, unen keskimääräinen kesto on ikäsuositusten normaalia alentuneempi, tai ihminen ei saa unta ollenkaan. Pysyäkseen virkeänä tai jaksakseen ihminen joutuu nukkumaan päiväunia. Välttämättä unettomuuden tyypille ei löydy edellä mainituista paremmin selittävää syytä. Keskimäärin unettomuuden oireet ovat kestäneet noin kuukauden verran. Kansainvälisessä tautiluokituksessa Paradoksaalinen unettomuus luokitellaan koodille F51.02. Saa puessaan vastaanotolle asiakas voi kertoa myös olevansa yöaikaan tietoinen ympäristön ulkoisista ärsykkeistä sekä asioiden tulevan mieleen etenkin nukkumaan käydessä

Vuorotyöunihäiriö

Vuorotyöunihäiriöksi eli Circadian rhythm sleep disorder, shift work type kutsutaan ihmisen elimistön vaikeutta sopeutua vaihtuviin työvuoroihin. Ihmisen elimistö noudattaa säännöllistä vuorokausivaihtelua jolloin elimistön rytmit, ja niiden suhde ovat hyvin toisiinsa kytkeytyneitä. Vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan n. 27 % palkansaajista teki epäsäännöllistä työaika. Yleisintä yötyö on kuljetus- ja liikennealalla sekä paperi- ja metalliteollisuudessa. Kansainvälisessä tautiluokituksessa vuorotyöunihäiriö luokitellaan, ei elimelliseen univalverytminhäiriöön jonka tautiluokituskoodina käytetään F51.2. Tunnistettaessa vuorotyöunihäiriötä riittää yleensä asiakkaan anamneesin. Asiakasta voidaan pyytää pitämään unipäiväkirjaa, josta voidaan nähdä unen eroavaisuus vapaapäivinä

ja etenkin yli viikon kestävillä loma-ajoilla. Haasteellisimmissa tapauksissa voidaan apuna käyttää myös unirekisteröintiä. Ennaltaehkäistäessä vuorotyöstä aiheutuvia haittoja edellyttää työturvallisuuslaki työnantajaa arvioimaan työaikojen kuormitusta työntekijään. Arvioitaessa työntekijän kokonaiskuormitusta voidaan käyttää apuna Tikka Lomaketta. Ennaltaehkäisyssä työnantajan tulisi turvata työntekijän säännöllinen vuorotyö eli ergonominen työvuorosunnittelu, työvuorojen riittävä palautumisaika, sekä näin ollen unentarpeen turvaaminen.

Levottomat jalat oireyhtymä

Levottomat jalat eli Restless Legs Syndrome luokitellaan neurologiseksi liikehäiriöksi joista keskimäärin n. 3-10 % suomalaisista kärsii. Levottomien jalkojen oireyhtymän hoito alkaa aina oikean diagnoosin tekemisellä, jossa diagnoosia tehtäessä tulee lääkärin pois sulkea muut sairaudet kuten neuropatia, johon oireet voivat viitata. Oireilun selkeää syytä ei täysin tunnetta. On arveltu että aivojen dopamiiniaineenvaihdunnanhäiriö, sekä rauta-aineenvaihdunta voi vaikuttaa oireiluun. Usein naiset kärsivät oireilusta enemmän kuin miehet. Oireiden kehittymistä voivat lisätä alkoholi, kofeiini ja nikotiini. Sairauden oireet ilmenevät usein iltaisin tai alkuyöstä säärien, pohkeiden tai jalkaterien epämiellyttävänä tunteena, joka ilmenee polttavana, pistelevänä ja jalkojen seudun kihelmöintinä. Oireet helpottuvat yleensä jalkojenseudun liikuttelulla. Yleensä oireet vaikeuttavat myös ihmisen uneen pääsyä. Hoidettaessa levottomia jalkoja, käytetään apuna lääkkeiden lisäksi asiakkaan itsehoitoa, kuten esimerkiksi lämmin suihku, kylmäpakkaus, liikuntaharrastus, magnesiumvalmiste ja villasukat. Oireiden pitkittyessä ne voivat rajoittaa asiakkaan elämänlaatua.

Uniapnea

Uniapnealla tarkoitetaan unenaikaisia hengityskatkoksia, joiden aikana nielun lihakset veltostuvat (Hengityслиitto 2015). Keskimäärin noin 10 % kuorsaavista ihmisistä ilmenee hengityskatkoksia (Duodecim 2015). Hengityskatkoksien kesto vaihtelee keskimäärin

muutamasta sekunnista jopa yli minuuttiin. Hengityskatkoksien aikana ilmenevä ylähengitysteiden ahtauma aiheuttaa kuorsaamista joka yleensä päättyy korahdukseen ja/ tai ihmisen heräämiseen.

Merkittävimpana uniapnean aiheuttajana pidetään ylipainoa, jonka rasvakudoksen lisääntymisen seurauksena ilmatiet ahtautuvat kaulan seudulta. Tutkimusten mukaan noin 2/3 uniapneaa sairastavista on ylipainoisia. Tällä hetkellä Suomessa uniapneaa sairastaa 300 000 ihmistä, joista yleisintä se on 40- 65 vuotiailla. Uniapnealle voivat altistaa ylipainon lisäksi krooninen nenän tukkoisuus, suuret kitarisat sekä pieni alaleuka. Tyypillisiä uniapnea oireita ovat kuorsaamisen lisäksi, toistuva päiväväsymys, aamupään särky, kurkun karheus, ärtyisyys, keskittymiskyvyn heikkeneminen, sukupuolivietin aleneminen, unettomuus, yöhikoilu ja erilaiset mielialahäiriöt.

Asiakkaan tulisi hakeutua tarkempiin tutkimuksiin, mikäli edellä mainittuja oireiden ilmeneminen lisääntyy. Esitietojen kartoituksessa voidaan käyttää apuna uneliaisuuskyselyä. Esitietojen kartoituksen lisäksi asiakkaan tutkimuksiin kuuluvat nenänielun tutkimukset sekä yöpolygrafia eli unirekisteröinti. Tehokkaimpana hoitomuotona uniapnealle ovat elämäntapakartoitus ja sen myötä säännölliset seurannat. Uniapnean perussyyn löydyttyä voidaan itsehoitokonsteina käyttää laihduttamista, alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden käytön vähentämistä, selin makuulla nukkumisen välttämistä, tupakoimattomuutta sekä nenän tukkonaisuuden hoitoa. Muina hoitokeinoina voidaan kokeilla ylipaine eli c-pap hoitoa, tai purentakiskoja. Hoitamattomana uniapnea lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, sekä tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi se altistaa erilaisille työtapaturmille, kuten lisääntyntä riskiä joutua liikenneonnettomuuteen, kokematta olevansa väsynyt ja voi näin ollen olla esteenä esim. ammattikuljettajana toimimiselle.

UNETTOMUUDEN HOITO TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Työperäiset unihäiriöt ovat Suomessa yleistyneet viime vuosien aikana. Tällä hetkellä noin joka kolmannes suomalaisista työikäisistä kärsii unettomuudesta ja noin vajaa kymmenesosa kroonisesta unettomuudesta jossakin elämänsä vaiheessa. Tehtyjen tutkimusten perusteella ihminen nukkuu keskimäärin noin kolmasosan elämästään, jolloin myös laadullisen unen merkitys korostuu. Keskimäärin työikäinen ihminen tarvitsee päivittäistä unta 7-8h vuorokaudessa, joukosta löytyy myös yksittäisiä poikkeuksia, jotka ovat synnynnäisesti lyhytunisia. Ihmisen kyvyssä kestää univajetta on yksilöllisiä eroja. Etenkin ylipyönteillä työviikoilla (yli 50h) on lisääntynyt riski univajeeseen ja tapaturmien syntymiseen.

Kaikilla eliöillä oleva kronobiologinen järjestelmä pyrkii ulkoisen maailman ja sisäisen elimistön yhteensovittamiseen, jolloin elimistö altistuu ympäristön valo-pimeärytmille säännöllisesti. Noudattaessamme säännöllistä uni-valverytmiä aivojen suprakiasmaattinen tumake pystyy säätämään kehon rytmit synkronoiden ne optimaaliseksi kokonaisuudeksi. Ihminen on biologisesti luotu olemaan ns. päiväeläjä, joka evoluution kautta on kehittynyt olemaan valveilla valoisan aikaan ja nukkumaan pimeällä.

Yleisimmin univajeeseen vaikuttavat myös työhön liittyvät tekijät, joihin voimme itse osittain vaikuttaa. Työstä aiheutuvia unettomuuden syitä ovat esimerkiksi stressi ja epäsäännölliset työajat. Unirytmien muutokset ilmenevät usein erilaisina unettomuusoireina, sekä voimakkaana uneliaisuutena.

Tyypillisimpiä unihäiriöitä ovat vuorotyön aiheuttama unihäiriö, univaje eli riittämätön uni, ja sopeutumisunihäiriö, eli työstä aiheutuvien stressitekijöiden aiheuttama unettomuus. Tällä hetkellä unihäiriöiden oireet ovat selkeästi yleisempiä kuin viralliset diagnostiset kriteerit täyttävät oireet. Unen häiriintyminen on hyvin merkittävää yleisyyden sekä terveys, ja toimintakykyvaikutusten takia. Unen häiriintyminen lisää depression, kohonneen verenpaineen, ylipainon, sepelvaltimotaudin, aikuistyyppin diabeteksen riskiä, työssä suoriutumista sekä työtapaturmariskien suurenemista.

Keskeisiä asioita asiakkaan terveysneuvonnassa ovat erilaisten neuvojen, ohjeiden ja kysymysten esittäminen. Annettavalla informaatiolla voidaan tukea asiakkaan päätöksentekoa, sekä oman toiminnan arviointia. Tapa, jolla ammattihenkilö antaa ohjeistusta ohjattavalle on ratkaisevassa asemassa asiakkaan päätöksenteossa. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan, terveydenhuoltohenkilöstö antaa usein ohjausta omasta aloitteestaan kuuntelematta asiakkaan toiveita. Ohjeistusta annetaan myös tilanteissa, jolloin asiakas ei ole valmistautunut vastaanottamaan uutta tietoa. Asiakkaalle annettujen ohjeiden tarkoituksena on vahvistaa yksilön omaa kykyä ratkaisujen tekemiseen, mutta ne voivat myös ohjata asiakasta luottamaan enemmän ammattihenkilön tietoon ja näkemykseen asiasta.

Asiakkaan tuodessa esille omia tietoja ja tuntemuksia aiheeseen liittyen, pitäisi myös terveydenhuollon asiantuntijalla olla mahdollisuus oppia. Antaessaan ohjeistusta ammattihenkilön ei pitäisi toistaa jo asiakkaan tiedossa olevia asioita, vaan antaa asiakkaalle mahdollisimman täsmällistä ohjeistusta hänen sitä pyytäessään. Saatujen neuvojen ja ohjeiden perusteella asiakkaalla on tavoitteenaan suunnistaa kohti elämäntapamuutoksia, jotka syntyvät ammattihenkilön ja asiakkaan yhteistyössä. Aktiivisessa kuuntelussa ammattihenkilön tulisi välttää avoimia kysymyksiä, usean kysymyksen päällekkäin esittämistä, turhaa rauhoittelua ja ennenaikaisien neuvojen antamista. Neuvonnan aikana ammattihenkilö voi esittää erilaisia kysymyksiä, joilla herätellään asiakkaan mielenkiinto asiaan. Keskeisen osan terveysneuvontaa muodostavat kysymykset, joiden avulla voidaan hankkia tietoa asiakkaasta, osoittaa kiinnostusta asiakkaan ongelmaan ja tukea asiakkaan tunteita. Käytännön työssä kysymysten esittäminen asiakkaalle, ei ole pelkästään kysymysten esittämistä, vaan myös niihin liittyy myös emotionaalista- ja ei sanallista viestintää.

Työ ja uni

Unettomuuden hoidossa keskeisiä asioita ovat säännöllinen terveydentilasta huolehtiminen ja säännöllinen unirytm. Yötyötä tekevien terveystarkastuksia ja terveysvaarojen ennaltaehkäisyä säädellään lainsäädännöllä. Unettomuuden ennaltaehkäisyyn voidaan pyrkiä myös erilaisilla työaikajärjestelyillä.

Mikäli yksittäiset työvuorot ylittävät toistuvasti yli 12 tuntia tai viikkotyöaika yli 50 tuntia vaikuttavat ne merkittävästi unen määrään ja laatuun. Näiden seurauksena nukkumisaika lyhenee, vapaa- ajalla rentoutuminen vaikeutuu, myös ennen nukkumaanmenoa. Tärkeänä määrällisenä mittarina voidaan pitää viikkotyöaika, joka mahdollistaa unen määrän ja työstä palautumisen. Päivätyöstä (klo 06-18:00) poikkeavat työvuorot ovat usein hankalia nukkumisen kannalta, koska tällöin ihmisen tulisi saada nukutuksi aikoina jolloin yleensä on vaikea nukahtaa, tai unen ylläpitäminen on vaikeaa. Varhaisissa aamu- vuoroissa uni jää usein hyvin vähäiseksi tietoisesta aikaisesta heräämisestä johtuen. Yö- vuorojen jälkeen uni jää usein hyvin riittämättömäksi, koska vireystila alkaa aamuisin nousta ja herättää nukkujan ennen kuin unta on kertynyt määrällisesti riittävästi. Unettomuusoireisiin on mahdollisuus vaikuttaa kehittämällä työvuorosuunnittelua. Tämän het- kisten suositusten mukaan suositellaan myötä päivään kiertävää vuorojärjestelyä (esim. aamu, ilta, yö ja vapaa), joiden tarkoituksena on vuorojen alkamisajankohdan viivästy- minen ja unen kannalta epäergonomisia työvuoroja on vain vähän peräkkäin, jolloin työn- tekijän ei tarvitse kääntää luontaista unirytmäänsä. Etenkin ikääntyvien työntekijöiden kohdalla, tulisi työnantajan kartoittaa erilaisia joustavia ratkaisuja työn suhteen. Varsin- kin ikääntyvien työntekijöiden kohdalla työn säännöllisellä tauottamisella, sekä vapaa- päivien järjestämisellä, on todettu olevan vaikutuksia työssä jaksamiseen riittävän levon ansiosta. Työntekijä on itse osittain vastuussa työstä jaksamisestaan, mutta esimiehellä on suuri mahdollisuus vaikuttaa työntekijän unenlaatuun etenkin työaikahallinnalla. Riit- tävän työstä palautumisen on todettu edistävän työhyvinvointia ennaltaehkäisten työstres- sin syntymistä ja sitä kautta myös unettomuutta. Työntekijän mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihinsa, on todettu vähentävän myös sairauspoissaoloja, sekä riskiä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle.

Useimmat ihmiset maailmassa joutuvat matkustamaan työkseen paljon ja ajoittain ylittä- mään eri aikavyöhykkeitä. Aikaerosta käytetään myös nimitystä Jet Lag joka toteutuu kehon sisäisen kellon synkronoituessa johonkin määriteltyn aikavyöhykkeeseen. Aika- ero voi aiheuttaa lisääntyntä päiväväsymystä, yöaikaista unettomuutta, päänsärkyä, ruo- kahaluttomuutta ja eriasteisia ruuansulatuselimistön oireita, ärtyneisyyttä ja masennusta. Yleensä ihmisen biologinen kello on hyvin sopeutuvainen ja muuttuu hyvin nopeasti uu- teen ympäristöön. Nopeuttaakseen uuteen aikavyöhykkeeseen sopeutumista tulee mat-

kustajan välttää päiväunien nukkumista, jolloin voidaan ennaltaehkäistä iltaisin tapahtuvaa unettomuutta, sekä pyrkiä olemaan aktiivinen ja säätämään ruokailuajat uuden aikavyöhykkeen mukaisiksi. Yleisesti sisäinen kello siirtyy oikeaan aikavyöhykkeeseen noin tunnin päivässä.

Nukkumisen ajoittaminen

Uni-valverytmin muutokset ovat keskeisiä tekijöitä vaikuttamassa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Näihin sopeutumattomuus ilmenee valvejakson uneliaisuutena ja unettomuusoireina unijakson yhteydessä. Oireet ovat hyvin tyypillisiä vuorotyötä tekevillä. Usein eniten ongelmia aiheuttavia ovat pitkät yötyöjaksot, joiden aikana kertyy univajetta. Unihäiriöiden lisäksi epäsäännölliset työajat voivat aiheuttaa myös terveydentilaan vaikuttavia oireita, kuten ruuansulatuselimistön oireet.

Vuorotyötä tekevien nukkumaanmeno- ja heräämisajat voivat vaihdella. Erityisen tärkeää on huomioida unen riittävä tarve suunnitellessa päivän muita tehtäviä, jotta myös työstä palautumiselle ja nukkumiselle jää riittävästi aikaa.

Unen vaikutukset sydän- ja verisuonisairauksiin

Lyhentyneen sekä pidentyneen unen on todettu lisäävän riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksien lisäksi aikuistyyppin diabetekseen. Viime vuosien aikana sydän ja verisuonisairauksien sairastuvuuden riski on kohonnut etenkin naisilla, joiden unenmäärä on riittämätön. Englannissa Warwickin yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan, naiset jotka nukkuivat enintään viisi tuntia yössä, todettiin suurin riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tehdyssä tutkimuksessa miehillä ei todettu samaa vastaavuutta. Univajeen on todettu kuormittavan sydämen lisäksi myös verenkiertoa.

Unen tarkoituksena on antaa koko elimistölle lepoa hetki, jolloin sydänkin hidastaa omaa toimintaansa unen ajaksi. Erilaisten sydänsairauksien on todettu häiritsevän normaalia unta, ja eri unenaikaisien häiriöiden altistavan ihmistä erilaisille sydän- ja verisuonisairauksille.

Ylläpitääkseen sydämen normaalia toimintaa, tulee jokaisen ihmisen syödä terveellisesti, välttämättä nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja, ylläpitää painonhallintaa, säännöllistä liikuntaa sekä seurata riittävä unen määrä. Mikäli asiakkaalla on sydänoireita, tulee hänen hakeutua herkästi lääkärin vastaanotolle hoidontarpeenarvointiin kohottaakseen omaa elämänlaatuaan.

Kipu ja uni

Yleisimpiä unettomuuden syitä ovat erilaiset tuki- ja liikuntaelinvaivoista aiheutuvat kivut. Näiden lisäksi raajojen huono verenkierto, erilaiset säryt, kutinat ja nenän tukkoisuus altistavat usein nukahtamattomuudelle sekä huonolle unenlaadulle. Varsinkin syöpäpotilailla unen on todettu olevan katkonaista ja kipujen esiintyvän etenkin aamuisin.

Eriasteisten kipujen takia nukkuminen eri asennoissa ei ehkä onnistu, selällään nukkuminen aiheuttaa kuorsausta tai estää kokonaan nukkumisen. Unen laadun parantamiseksi tulee asiakkaan ottaa kaikki lääkärin määräämät lääkkeet ohjeiden mukaisesti. Nukahtamista voisi myös lisäksi auttaa esim. 2-4 tuntia ennen nukkumisaikaa kevyellä liikunnalla, kevyellä aterialla 2-3 tuntia ennen nukahtamista sekä välttämällä alkoholipitoisia juomia ja kofeiinituotteita.

Uni ja mielenterveysongelmat

Erilaiset psyykkiset oireet kuten jännittyneisyys, levottomuuden tunne, masentuneisuus ja mielialan lasku ovat yleisiä väestössä ilmeneviä oireita. Samoin myös unettomuus voidaan luokitella psykososiaalisiksi syyksi. Unettomuus voi kuulua depressiota sairastavan ikääntyvän oireisiin. Useimmat depressiota sairastavat heräävät etenkin aamu öisin, eivätkä saa enää herättyä nukahdettua uudestaan. Osalla kohderyhmästä unettomuus ilmenee keskellä yötä valvomisenä ja osa kokee oireet nukahtamisvaikeutena iltaisin. Unettomuuden syntymistä voivat edistää sosiaalinen eristyneisyys, yksinäisyyden tunne sekä muutokset omassa elämässä, kuten esim. läheisen kuolema.

Tutkimusten mukaan eriasteisten mielenterveyshäiriöiden on laskettu aiheuttavan länsimaissa yli viidesosan terveyshaitoista. Vuonna 2000 Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan kaikista työkyvyttömyyseläkettä saaneista 100 000 henkilöä sai eläkettä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi.

Uni ja lihavuus

Peppi Haario kertoo 2015 väitöstutkimuksessaan vähäisen yöunen olevan yhteydessä uni-häiriöiden ja painonnousun syntymiseen. Väitöstutkimuksessa hän oli tutkinut keski-ikäisten työntekijöiden unen, painon ja terveyskäyttäytymisen välisiä yhteyksiä tarkastellen nukahtamisvaikeuksia, yöheräilyjä, yhtäjaksoisen unen vaikeutta sekä virkistämättömyyttä unta. Tutkimukseen osallistui 7332 keski-ikäistä henkilöä, joista saatujen tuloksien perusteella erilaisilla unettomuusoireilla ja lyhyellä unen kestolla on vaikutusta painonnousuun. Lisäksi lihavuuden todettiin ylläpitävän, sekä lisäävän unettomuusoireita.

Palautuminen ja lepo

Keho sekä aivot tarvitsevat riittävästi lepoa palautuakseen. Ne eivät kestä rajattomasti fyysistä ja psyykkistä rasitusta. Aivojen venymiskapasiteetti on rajallinen, jolloin levon merkitys korostuu, etenkin kognitiivisten toimintojen kannalta. Palautumiskeinoina voidaan käyttää lepoa, työn vaihtelua, riittävästi sopivassa suhteessa haasteita sekä unta. Aivotyön on todettu kuluttavan runsaasti energiaa, minkä vuoksi aivojen käyttö vaatii taukoja vähintään muutaman tunnin välein. Työpäivän aikana suunnitellut lounastauot ja happihyppelyt auttavat keventämään työmuistin kuormitusta. Taukojen aikana asiat jäsentyvät muistilokeroihin, mikä auttaa työtehokkuuden lisäämisessä tauon jälkeen. Työn erilaiset joustomahdollisuudet, kuten etätöiden mahdollisuudet, helpottavat työn ja arkielämän yhteensovittamista, tällöin raja työn ja vapaa-ajan välillä heikentyy.

Pysyäkseen kunnossa aivot tarvitsevat tervettä riittävän pitkää unta, jossa hidasaaltouni ja REM- uni vaihtelevat. Mikäli ihminen on nukkunut riittävän hyvin, vaikuttaa se kes-

kittymis- ja oppimiskyvyn paranemiseen, tarkkaavaisuuden ja muistin käytön tehokkuuteen. Väsyneenä tarkkaavaisuus ja vireystila huononevat lisäten työtapaturmien riskien syntymistä. Vapaa- aika tulisi suunnitella niin, että harrastukset tarjoavat rentoutumista, irtiottoa työstä, sekä mielihyvää, tarjoten työtehokkuuden parantumista työelämässä.

Suurin osa ihmisistä viettää vapaa- ajalla myös paljon aikaa tietokoneella tutkien sähköpostiaan tai katsoen sosiaalista mediaa, kuten facebookkia, tv:n ollessa päällä samanaikaisesti. Tällöin aivot ovat jatkuvassa aktiivisessa tilassa, eivätkä pääse rentoutumaan. Vähentääkseen aivojen ylikuormittumista tulee huolehtia riittävästä annostuksesta visuaalista ja auditiivista hälinää. Toiset ihmiset taas työskentelevät ihmisten parissa päivät, jolloin itselle järjestetty vapaa- aika voi olla paras menetelmä aivojen rentouttamiselle. Rytmittämällä vuorokausi niin sanotulla kahdeksan tunnin säännöllä: kahdeksan tuntia unta, kahdeksan tuntia työtä ja kahdeksan tuntia vapaa- aikaa, auttaa aivojen toimintoja pysymään tasapainossa. Mikäli työ ei ole henkisesti kuormittavaa, tulisi aivosoluihin laittaa virikettä vapaa- ajalla.

UNETTOMUUDEN LÄÄKKEETÖN HOITO

Peija Haaramon väitöstutkimuksen 2014 mukaan unettomuusoireiden on todettu olevan yhteydessä myöhäisempään terveydentilaan ja työkykyyn. Väitöksessä unettomuusoireiden todettiin olevan yhteydessä esimerkiksi mielenterveysongelmiin, korkeaan verenpaineeseen ja veren rasva- aineenvaihdunnan häiriöihin. Samassa tutkimuksessa oli myös todettu unettomuusoireilla olevan selkeitä yhteyksiä myöhäisempiin työkyvyttömyyseläkkeisiin, sekä erikseen mielenterveyshäiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien perusteella myönnettyihin eläkkeisiin. Unettomuus voi aiheuttaa myös välillisiä kustannuksia unettomuudesta kärsivän läheisille, sekä myös kustannuksien nousemista työnantajalle ja yhteiskunnalle. Ennaltaehkäisemällä ja unettomuusoireiden varhaisella tunnistamisella on mahdollista ehkäistä kroonisten sairauksien syntymistä, sekä ennenaikaiseen eläköitymiseen johtavaa työkyvyttömyyttä.

Unettomuutta voidaan ennaltaehkäistä ympäristöön ja asiakkaaseen kohdistuvilla toiminnoilla. Tilapäinen unettomuus kuuluu normaaliin elämään. Kohtaamme elämässämme asioita, kuten työhuol, jolloin emme välttämättä pysty aina rauhoittamaan mieltämme ja kehoamme ennen nukkumaan käymistä. Tilanteissa, joissa emme itse pysty hallitsemaan nukkumaan käymistä/ nukahtamista, tarvitsemme toisen ihmisen apua tai terveydenhuollon ammattilaista. Valtaosa kroonisesta unettomuudesta aiheutuu siitä että, emme malta nukkua. Elämässä on tarjolla liian paljon kaikkea kaiken aikaa. Mikäli ihmisen luonnollista valve-rytmiä rikkoo pitkään, voi se aiheuttaa nukahtamisen vaikeutumisen. Jokainen meistä ei välttämättä pysty tekemään vuorotyötä ja kärsii vuorotyön aiheuttamista oireista, kuten esim. vatsaoireet. Keskeisintä unettomuuden ennaltaehkäisyssä on terveydestään huolehtiminen, koska uni on osa hyvää terveyttä. Huonoilla elämäntavoilla on terveyttä heikentävää merkitystä, jolloin myös ikävä voi tuottaa uneen pakenemista, riittämättömyyttä sekä sen jälkeen unettomuutta.

Unen huolto

Unen huollolla eli unihygienialla tarkoitetaan nukkumistottumuksiin ja elämäntapoihin liittyvää unen laatuun ja vireystasoa lisäävää ohjeistusta. Ohjeistuksien tavoitteena on säännöllistää unirytmia, sekä ennaltaehkäistä unta häiritseviä sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. Unettomuus voi laukaista toimintatapoja, kuten kahvin juonti, mikä itsessään ylläpitää unettomuusoireita mutta voi ennaltaehkäistä väsymysoireita. Unen huollon tavoitteena on tukea nukahtamista ja unessa pysymistä. Keskeisimpinä tavoitteena unenhuollossa on säännöllisen unirytmien muodostaminen, riittävä palautuminen, riittävä rentoutuminen, ja rauhoittuminen ennen nukkumaan menoa, sekä unta- ja vireystasoa tukevat elämäntavat ja nukkumisolosuhteet. Lisäksi tavoitteena on tukea hyvää sänky- uni- assosiaatiota unen tehostamiseksi, jolla tarkoitetaan sängyn liittämistä pelkästään nukkumiseen.

Päästäkseen asetettuihin tavoitteisiin, edellyttää se unettomuudesta kärsivää aiempaa tietoisempaan suhtautumiseen valveaikaan, nukahtamisen ja unenaikaisiin toimintoihin. Uusia tapoja tulee harjoitella, niiden pelkkä lukeminen ja tiedostaminen eivät riitä. Päästäkseen asetettuun tavoitteeseen unettomuudesta kärsivä asiakas voi pyytää ammattihenkilöä käymään hänen kanssaan asioita läpi. Yleensä tavoitteeseen pääsemistä helpottaa, mikäli mukana on toinen henkilö, joka tukee ja kannustaa muutoksien tekemiseen elämässä. Tehtävät toimenpiteet voivat alussa tuntua raskailta, mutta tuovat hyvin nopeasti takaisin menetetyn ajan, kun hyvinolontunne ja vireystila nousevat. Nukummehan kolmanneksen elämästämme.

Nukkumisergonomia

Dosentti Olavi Airaksisen mukaan tuki- ja liikuntaelimestön erilaiset kiputilat vaikuttavat hyvin suuresti ihmisten elämänlaatuun. Lähes jokaisella ihmisellä on eriasteisia tukirangan vaivoja jossakin elämänsä aikana, joiden kiputilat altistavat myös eriasteisille unihäiriöille.

Vuonna 2050 on ennustettu että noin 100 miljoonaa ihmistä kärsii nukkumisongelmista. Keskimäärin ihminen nukkuu elämästään noin kolmasosan, jolloin hyvällä nukkumisergonomialla voi vaikuttaa unenlaadun parantamiseen, ennaltaehkäistä/ vähentää niska-

hartiaseudun- ja selkäkipuja. Keskeisessä asemassa nukkumisergonomiassa ovat patja- ja tyynyvalinnat, joiden väärälaiset valinnat vaikuttavat pahentamalla jo olemassa olevia vaivoja. Huono nukkumisergonomia lisää myös riskiä yöheräilyyn, liikkumiseen unen aikana, joka heikentää unen laatua sekä vähentää kehon palautumista. Patjan ja tyynyn tavoitteena on tukea vartaloa mahdollisimman luonnolliseen asentoon, jolloin keho pääsee lepäämään lihaksiston rentoutuessa ja palautumaan päivän rasituksesta nukkuessa. Ergonomisin nukkumisasento on selällään tai kyljellään. Epäergonomisin nukkumisasento on vatsamakuuasento jolloin kaularankaan kohdistuu kieroliikettä ja taakse taipumista, ja niska-hartiaseudun ja selän alueen lihaksisto on epätasapainossa. Näiden on arvioitu lisäävän riskiä kiputilojen pahenemiseen näillä alueilla.

Nukkumisympäristö

Hyvän unenlaadun takaa nukkumisympäristö, jossa nukahtamiseen vaikuttavat tekijät ovat tasapainossa ja kunnossa. Liikunta, kuuma kylpy, tai kehon lämpötilaa kohottava ruokailu, tulisi toteuttaa pari kolme tuntia ennen nukkumaanmenoa.

Makuuhuoneen tulisi olla mahdollisimman rauhallinen, puhdas ja siisti. Huonetta ei tulisi käyttää myös työhuoneena, mutta mikäli tämä ei ole mahdollista, tulisi tietokone peittää esim. sermillä poissa silmistä. Myös tv tulisi siirtää pois makuuhuoneesta ja rauhoittaa makuuhuone pelkästään vain nukkumiselle ja rakastelulle. Unenlaatuun voi vaikuttaa myös vierustoverin tai lemmikin kuorsaaminen, ja liikkuminen jolloin paras hoitokeino voi olla toiseen huoneeseen nukkumaan siirtyminen.

Ympäristön kannalta keskeinen asia on esimerkiksi lämpötila. Aikuisilla aivojen lämpötila laskee klo 19- 20:n jälkeen. Parhaiten nukkuminen onnistuu sopivan viileässä n. 18-20 asteisessa pimeässä huoneessa, jossa on tarjolla riittävän paljon happipitoista ilmaa. Ennen nukkumaanmenoa makuuhuone on hyvä tuulettaa.

Toinen keskeinen asia nukkumisympäristössä on melu. Heräillä-oloon äänitason ollessa 40- 70 desibeliä voi pitää meidät hereillä. Tehtyjen tutkimuksien mukaan tutun äänen

puuttumisella voi kuitenkin olla yhtä suuri merkitys unen laatuun, kuin häiritsevällä melullakin. Hoitokeinona melun tai kumppanin kuorsauksen vaimentamisen vähentämiseksi voidaan käyttää esimerkiksi korvatulppia, joita on saatavilla eri materiaaleista valmistettuja. Tärkeää korvatulppien ostamisessa on niiden oikea koko, säännöllinen vaihtaminen ja oikeanlainen asettelu.

Valaistuksen merkitys korostuu myös nukkumisessa. Vahvojen ja kirkkaiden valojen on todettu olevan vahvimpia biologisen kellon säätelijöitä. Unen aikana makuuhuoneen valaistuksen tulisi olla pimeä, koska liiallinen valoisuus voi edistää univaikeuksien syntymistä. Usein tämän liiallisen valon määrän seurauksena, etenkin yötyöntekijöiden, on vaikea nukkua päivisin. Apuna huoneen pimentämisessä voidaan käyttää esim. pimennysverhoja, kaihtimia tai henkilökohtaisia silmiä peittäviä silmämaskeja. Elimistössä sisäinen kello huolehtii kehon lämpötilan ja käpyrauhasesta erittyvän melatoniinin tuotannosta. Päivisin melatoniinin pitoisuus on melko alhainen, mutta nukkumaan mentäessä käpyrauhasen toiminta aktivoituu ja hormonia erittyy enemmän verenkiertoon. Melatoniinia kutsutaan elimistön kellohormoniksi, jonka tehtävänä on välittää elimistölle tietoa valoisan ja pimeän muutoksista. Melatoniinin erittymiseen vaikuttavat vuorokaudenaika ja valon määrä.

Makuuhuoneen ja muun nukkumisympäristön värit vaikuttavat mielialaamme. Makuuhuoneen sisustukseksi tulisi valita mielialaa rauhoittavia materiaaleja, kuten tapetit ja sisustuselementit, taulut, vuodevaatteet ja verhot. Etenkin vaaleiden sävyjen on todettu olevan rentouttavia.

Hyvä vuode, patja ja tyyny ovat myös edellytyksenä hyvälle unelle. Vuoteen ollessa huono, nukkuja joutuu vaihtamaan asentoaan usein yön aikana, minkä seurauksena unen laatu kärsii ja kehon osat voivat aamulla tuntua puutuneilta. Oikeanlaisen patjan valintaan vaikuttavat nukkujan pituus, paino ja kehon muodot. Sängyn tehtävänä on säilyttää selän ryhti, myös nukkuessa. Oikeanlaisen tyynyn valinnassa tyyny tulisi valita oman koon, nukkumisasentojen ja mieltymisten perusteella. Tyynyn tehtävänä on kaularangan tukeminen mahdollisimman luonnolliseen asentoon.

Päiväunet

Ihmisten erilaisilla elämänrytmeillä on todettu olevan vaikutusta elämään. Vaikka ihminen pystyy itse säätelemään unen ajoittumista, nukahtamistaipumustaan, niin määräytyvät unen pituus ja rakenne vuorokausirytmien, etenkin lämpötilan perusteella. Ajoittain, etenkin vuorotyötä tekevillä päiväunet ovat paikallaan, mutta niillä on todettu olevan myös vaikutusta vireystasoon ja yöunen laatuun. Ihmisillä unen tarve on yksilöllinen, jota voidaan tutkia vain kokeilemalla. Keskimäärin noin 20 minuutin, tai korkeintaan 80 minuutin päiväunet, on todettu sopivan mittaisiksi. Pitkittyneet päiväunet saattavat helposti aiheuttaa tokkuraista oloa, jota kutsutaan myös sleep inertiaaksi ja näin ollen päiväunien piristävä vaikutusta ei saavuteta. Paras ajankohta päiväunien nukkumiselle on heti lounaan jälkeen iltapäivällä. Päiväunien tehoa voidaan lisätä nauttimalla ennen nukkumaanmenoa kofeiinia, jolloin voidaan välttyä liian pitkiltä päiväunilta ja niiden jälkeiseltä tokkuralta. Elämässä on tilanteita jolloin päiväunia voi nukkua varastoon, esimerkiksi tulevaa yövuoroa varten. Nukkuessa päivällä tulee asiasta keskustella myös muun perheen kanssa, sekä huolehtia mahdollisimman laadukkaasta nukkumisympäristöstä, huolehtien melu ja valoeristyksestä.

Rentoutuminen ja uni

Yksi keskeisimmistä pitkäaikaisen unettomuuden ylläpitäjistä on ylivireystila. Rentoutumiseksi kutsutaan fyysistä ja psyykkistä tapahtuma, jossa mieli rauhoittuu ja elimistön eri toiminnot tasoittuvat. Rentoutumisen tärkeyttä ei voida korostaa liikaa, koska nykyisin kiireinen elämäntyyli aiheuttaa elimistölle erilaista kestojännitystä. Rentoutuneena ihmisen luovien ominaisuuksien määrä lisääntyy, oppiminen paranee, ajattelevuus selkeytyy, keskittymiskyky paranee, stressinhallinta tasoittuu sekä oma ajankäyttö tehostuu. Erilaisia rentoutustekniikoita voidaan harjoitella fyysisillä tai mieleen painottuvilla menetelmillä. Pääasiassa fyysisessä rentoutuksessa pyritään keskittymään lihasten rentoutamiseen. Mieleen painottuvissa menetelmissä hyödynnetään taas erilaisia suggestioita joiden tehtävänä on vaikuttaa ajatuksien ja tunteiden avulla koko kehoon. Apuna suggestioiden lisäksi voidaan käyttää erilaisia mielikuva- ja visualisointiharjoituksia.

Uni ja ravitsemus

Nautitulla ravinolla on todettu olevan suuri merkitys ihmisen vireystilaan ja uneen. Nii- den tehtävänä on vaikuttaa energiatasapainon lisäksi ihmisen painoon ja hyvinvointiin. Ravinnon muodostamiseen tulee kiinnittää huomiota, koska jotkut ruoka-aineet lisäävät uneliaisuutta, ja toiset taas piristävät. Säännöllisen ja monipuolisen ruokavalion muodos- tamisen lisäksi on ensiarvoisen tärkeää huolehtia uni ja valveajan tasapainossa pitämi- sestä. (Aronen & Pihl 2015d.) Etenkin ylensyömisen on todettu aiheuttavan eriasteisia vatsaoireita, samoin kuin hiilihydraatit, sokeri ja allergiset reaktiot voivat vaikuttaa unen laatuun. Pimeän aikaan Suomalaisen elimistö pyytää helposti herkkuja pysyäkseen vi- reänä, kun taas kesäisin pyrimme keventämään ruokavaliota ja nauttimaan valosta. Ruokavalion tulisi sisältää mahdollisimman vähän einesruokia, sekä nopeita hiilihydraatteja sisältäviä, koska ne häiritsevät aineenvaihdunnan normaalia toimintaa. Syömisen lisäksi runsas nesteiden nauttiminen lisää virtsaamisen tarvetta, joka myös yötyöntekijöiden tu- lee huomioida.

Munuaisten toiminta on aktiivisimmillaan päivällä. Ennaltaehkäisten ruokavaliosta joh- tuvaa unettomuutta ateriat tulisi nauttia 2-3 tuntia ennen nukkumaan menoa. Ruokavali- osta saadun suuren energiamäärän on todettu nostavan unenaikaista lämpötilaa, mikä saattaa aiheuttaa myös univaikeuksia. Vähäinen unenmäärä voi myös aiheuttaa näläntun- netta ja väsymystä, jolloin fyysiselle rasitukselle ei ole voimavaroja. Fyysisen rasituksen jäädessä vähäiseksi, jää enemmän aikaa ruokailulle mikä suurentaa ylipainon riskiä.

Liikunta ja uni

Liikunnan vaikutuksien on tieteellisesti todettu olevan unta parantava keino, koska riittä- vän säännöllisellä liikunnalla voidaan kohentaa unen laadun lisäksi päiväaikaista vireys- tasoa. Unen laadullisuuden lisäksi nukahtamisen on todettu nopeutuvan, sekä syvän uni- vaiheen keston pitenemistä ja vilke- eli REM unen vaiheet lyhentyvät, jolloin ihminen näkee valtaosan unistaan. Unen merkitystä voidaan myös korostaa etenkin aivojen ener- giatasapainon, oppimisen ja lihasväsymyksen säätelyssä.

Liikunnan on myös todettu olevan yhteydessä eriasteisiin unihäiriöihin, jolloin säännöllisen liikunnan harrastamisen merkitys korostuu vapaa-ajalla. Säännöllisellä liikuntaharrastuksen on todettu ennaltaehkäisevän unettomuuden ja uniapnea syntymistä, jolloin nukkuvan hengitys on katkonaista lyhyitä aikoja useaan kertaan yössä. Usein uniapneaan liittyy myös lihavuus, jolloin laihduttaminen ruokavalion ja liikunnan avulla on merkityksellistä. Liikunnan avulla voidaan myös korjata haitallisia hormonien, sokeri ja rasva-aineenvaihdunnan muutoksia.

Tällä hetkellä ei ole tieteellisesti todettu mitkä lajit edistävät parhaiten unen saantia työikäisillä. Liikunnan yleisinä suosituksina suositellaan kestävyystyypistä liikuntaa, kuten reipasta kävelyä 2,5 tuntia viikossa, tai vaihtoehtoisesti kuormittavampaa kestävyysliikuntaa esimerkiksi hölkkää 1tunti 15minuuttia viikossa. Näiden lisäksi tulisi lihaskuntoharjoitteita toteuttaa vähintään kahdesti viikossa. Liikuntaharrastus tarjoaa paljon erilaisia vaihtoehtoja, joista pääasia on että jokainen harrastaa itselle mieleistä liikuntamuotoa.

Liikunnan harjoittaminen tulisi ajoittaa hyvissä ajoin ennen nukkumaanmenoa, jotta elimistö kerkeää rauhoittua ennen nukkumaanmenoa. Lajivaihtoehtoisiksi myöhäisemmälle liikunnan harrastamiselle soveltuvat hyvin esimerkiksi venyttely tai kävely, mutta rankempaa liikuntaa tulisi välttää. Liikuntaa voidaan suositella yksilöllisen tarpeen mukaan, huomioiden henkilökohtaiset työvuorot, ruokailu ja nukkumisrytmi.

Etenkin vuorotyöläisille säännöllisen liikuntaharrastuksen on todettu säännöllistävän unirytmia, edesauttavan rentoutumista, sekä parantavan vireystilan tasoa yövuorossa.

Vuorotyöntekijälle suositeltavaa liikuntaa on etenkin säännöllinen ulkoliikunta, jolloin päiväsaikaan suoritettu liikunta voi altistaa auringon valolle ehkäisten vuorokausirytmien viivästymistä. Parhaiten unen laatua voidaan lisätä harrastamalla n. 1-2h kestäväällä kevyellä kestävyysliikunnalla, kuten rauhallisella kävelyllä, jolloin oikea ajankohta liikunnan harrastamiselle on vähintään 3-4tuntia ennen nukkumaan menoa. Mikäli työ vaatii hyvää vireystasoa, tulisi fyysisesti rankempaa liikuntaa kuten hölkkää tai juoksua välttää n. 3-4h ennen työvuoron alkamista. Päivätyötä tekeville suositeltava ajankohta liikunnan harrastamiselle on heti työpäivän jälkeen klo 15- 19:00 välisenä aikana.

Päihteiden vaikutukset uneen

Erilaisten nautintoaineiden on todettu kiihdyttävän autonomisen hermoston tilaa ja aiheuttavan unettomuuden lisäksi levotonta oloa. Yksi Suomalaisille tärkeimmistä nautintoaineista on kahvi. Kahvissa oleva kofeiini luokitellaan piristeeksi, jonka vaikutus kohdistuu keskushermostoon aiheuttaen käyttäjälleen piristävää vaikutusta. Lisäksi kahvin tehtävänä on stimuloida sydämen ja hengityselinten järjestelmää.

Muita tyypillisimpiä kofeiinin lähteitä ovat tee, energijuomat, suklaat, jotkut lääkkeet sekä limonadit. Runsaasti kofeiinia käyttävillä stressihormonien määrä veressä on lisääntynyt, mikä altistaa myös normaalia korkeammalle verenpaineelle usean tunnin ajan tuotteiden nauttimisen jälkeen. Ikääntyessä kofeiinin herkkyys lisääntyy, joka voi aiheuttaa unettomuutta nauttijalleen. Kofeiinin haittavaikutuksina voi myös ilmetä hermostuneisuutta, kiihtymystä, päänsärkyä ja eriasteisia vatsavaivoja, kohonnutta pulssia, verenpainetta sekä vähentää syvän unen määrää joka on unen tärkein vaihe. Koska kofeiinin vaikutusaika on useampi tunti, tulisi kofeiinin nauttimista välttää iltapäivän jälkeen. On myös ihmisiä, jotka kokevat tarvitsevansa iltakahvin saadakseen unta. Heidän elimistönsä kokee tarvitsevansa kofeiiniannoksen tai aivot ovat yliväsyneet pysyäksään hereillä.

Alkoholin käytön on tieteellisesti todettu lisäävän kuorsaamisen riskiä, koska se veltostuttaa ylähengitystiet ja lisää myös apneoiden riskiä. Pitkäaikaisessa käytössä alkoholi voi aiheuttaa voimakkaita unihäiriöitä ja painajaisunia, vielä käytön lopettamisenkin jälkeen kuukausia. Unen saantia voi parantaa 1-2 ravintola-annosta, mutta yömyssyjä ottavien tulee huomioida yksilölliset alkoholin vaikutukset. (Duodecim 2008.) Alkoholia ei kuitenkaan tule suositella käytettäväksi unilääkkeeksi, koska sen on todettu lisäävän erilaisen unihäiriöiden riskiä, painajaisunien näkemistä sekä yöhikoilua. Alkoholin on todettu imeytyvän päivällä nopeammin verenkiertoon kuin iltaisin, jonka seurauksena päivällä nautitut alkoholimäärät lisäävät väsymystä. Nollatoleranssin käyttöä liikenteessä/ vesillä perustellaan alkoholin aiheuttamalla väsymyksellä vaikka verenalkoholipitoisuus olisi jo nollassa. Öisin valvominen vastaa noin promillen humalaa. Yhteisvaikutuksena alkoholi ja valvominen vaikuttavat vireystasoon.

Tupakoinnin on todettu olevan yksi kansantaudeillemme altistava riskitekijä, joka on lisäksi yhteydessä sosioekonomisiin terveyseroihin. Lisäksi sen on todettu aiheuttavan erilaisia terveyshaittoja, niin käyttäjälle kuin tämän läheisillensäkin. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin tupakoinnin vaikuttavan haitallisesti unen laatuun. Keskimäärin tupakoitsijat nukahtavat viisi minuuttia hitaammin, ja nukkuvat noin 14 minuuttia vähemmän yössä kuin tupakoimattomat. Tupakoinnin oirekyselyn perusteella unettomuus voi olla myös oire vieroitusvaiheessa. Nikotiiniriippuvainen henkilö voi kärsiä herkemmin unettomuudesta, koska nukkuessaan hän on ilman tupakkaa. Hoitomuotona suositellaan ensisijaisesti tupakoinnin lopettamista saavuttaakseen terveydellisiä hyötyjä, mutta tupakoinnin lopetuksen lisäksi hoitokeinoina voidaan käyttää samoja menetelmiä kuin muitakin unettomuuden hoidossa käytettäviä.

Nukkumistottumusten muuttaminen ja unirytmien säännöllistäminen

1. Pidä kaksi viikkoa unipäiväkirjaa ja laske siitä keskimääräinen nukkumisaikasi. Rajoita seuraavan viikon aikana vuoteessa oloaikaasi siten, että se vastaa aikaa, jonka tällä hetkellä pystyt nukkumaan. Älä kuitenkaan rajoita vuoteessa oloaikaa alle viiteen tuntiin yössä.
2. Päätä, mihin aikaan haluat herätä aamuisin ja nouse sängystä tähän kellonaikaan joka aamu, myös viikonloppuisin ja vapaapäivinä.
3. Aseta itsellesi nukkumaanmeno aika siten, että vähennät keskimääräisen nukkumisaikasi haluamastasi heräämisajasta. Mene nukkumaan, kun olet unelias joko nukkumaanmenoajallasi tai sen jälkeen. Älä mene sänkyyn ennen asettamaasi nukkumaanmeno aikaa.
4. Jos et nukahda noin vartissa, nouse ylös sängystä, ja mene toiseen huoneeseen. Tee jotain rentouttavaa ja palaa sänkyyn, kun tunnet itsesi uneliaaksi. Toista tämä, jos et edelleenkään pysty nukkumaan tai jos heräät kesken unien.
5. Arvioi unitehokkuus* unipäiväkirjan avulla viikoittain.
Jos unitehokkuus on
 - yli 90 %, lisää vuoteessa oloaikaa varttitunnin verran
 - 85–90 %, pidä vuoteessa oloaika samana
 - alle 85 %, vähennä vuoteessa oloaikaa varttitunnin verran.
 * Unitehokkuus = keskimääräinen nukkumisaika/ vuoteessa oloaika x 100.

Lähde: Työikäisen unettomuuden hoito. Toim. Heli Järnefelt ja Christer Hublin. Kirjoittajat ja Työterveyslaitos 2012.

Huolihetken toteuttaminen

1. Varaa ongelmien käsittelylle päivällä tai varhain illalla rauhallinen aika ja paikka. Aikaa tarvitaan 15–60 minuuttia päivässä, alussa enemmän, myöhemmin vähemmän.

2. Kirjaa kaikki mieleen tulevat ongelmat ja huolet paperin vasempaan reunaan.

3. Kun kaikki huolet on kirjattu, mieti ja kirjoita paperin oikeaan reunaan jokaisen huolen osalta vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

- Miksi tämä huoli on sinulle tärkeä?
- Mitä merkitsee, jos huoli toteutuu?
- Voiko tälle asialle tehdä jotain?
- Mitä ongelman ratkaiseminen vaatii?
- Keneltä voin pyytää apua?
- Voiko ongelman ratkaisemisen jakaa osiin?
- Mikä on asioiden tärkeysjärjestys?
- Miten kestäen sen, jos asialle ei voi tehdä mitään?
- Milloin asialle voi tehdä jotain?
- Ovatko vaatimukset tai toiveet ehdottomia?
- Voiko asiaa tarkastella jostain toisesta näkökulmasta?

4. Jos huolet palaavat mieleesi, kun olet menossa nukkumaan tai heräät yöllä, muistuta itseäsi, että olet jo käsitellyt ne huolihetken aikana.

5. Jos uusia huolia tai käsittelyä vaativia ajatuksia tulee illalla tai yöllä mieleesi, kirjoita ne paperille ja käsittele ne seuraavana päivänä huolihetken aikana.

Lähde: Järnefelt, H. 2012. Kognitiiviset menetelmät. Työikäisten unettomuuden hoito. Toim. Heli Järnefelt ja Christer Hublin. Kirjoittajat ja Työterveyslaitos 2012

Liite 2. Hoitomallissa käytetyt testit

AUDIT-KYSELYTESTI

AUDIT-KYSELYTESTI

Rengasta oikea vaihtoehto (0,1, 2, 3, 4)

1. Kuinka usein käytät alkoholia?

- 0) En koskaan
- 1) Kuukausittain tai harvemmin
- 2) Kahdesta neljään kertaan kuukaudessa
- 3) Kahdesta kolmeen kertaan viikossa
- 4) Neljästi viikossa tai useammin

2. Kun käytät alkoholia, montako annosta tavallisimmin otat päivässä?

- 0) 1-2
- 1) 3-4
- 2) 5-6
- 3) 7-9
- 4) 10 tai enemmän

3) Kuinka usein juot kerrallaan vähintään kuusi annosta?

- 0) En koskaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et ole aloittettuasi pystynyt lopettamaan juomista?

- 0) Pystyn aina lopettamaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia pystynyt tekemään mitä olit aikonut?

- 0) Juomiseni ei koskaan estä suunnitelmiani
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

pullo	(33cl)	keskiolutta tai siideriä
lasi	(12cl)	mietoa viiniä
pieni lasi	(8cl)	väkevää viiniä
ravintola-annos	(4vl)	väkevää

ESIMERKKEJÄ:

0,5 l	tuoppi keskiolutta tai mietoa siideriä	1,5 annosta
0,5 l	tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä	2 annosta
0,75 l	pullo mietoa (12%) viiniä	6 annosta
0,5 l	pullo väkevää	13 annosta

6. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyypyjä?

- 0) En koskaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- 0) En koskaan
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeisen vuoden aikana et juomisesi takia ole muistanut edellisen illan tapahtumia?

- 0) Muistan aina, mitä tapahtui
- 1) Harvemmin kuin kuukausittain
- 2) Kuukausittain
- 3) Viikoittain
- 4) Lähes päivittäin

9) Oletko juomisellasi aiheuttanut tapaturmia itsellesi tai seuralaisellesi?

- 0) En
- 2) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- 4) Kyllä, vuoden sisällä

10) Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit tai lopettaisit juomisesi?

- 0) Ei
- 2) Kyllä, muttei vuoden sisällä
- 4) Kyllä, vuoden sisällä

Lähde: Mehiläinen 2015.

Huumeidenkäyttötesti- DAST20

HUUMEIDENKÄYTTÖTESTI - DAST20

Lomakkeen kysymykset käsittelevät huumaavien aineiden (ei alkoholin) käyttöä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta. Lue jokainen kysymys huolellisesti ja vastaa valitsemalla sopiva vaihtoehto ('kyllä' tai 'ei').

Huumaavien aineiden "väärinkäyttö" tarkoittaa joko reseptilääkkeiden tai käsikauppalääkkeiden käyttämistä ohjeita suurempina annoksina (liikakäyttö) tai huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen. Huumaavia aineita ovat esimerkiksi kannabis (hasis, marihuana), kokaiini, opiaatit (morfiini, heroiini), stimulantit (mm. amfetamiini), impattavat aineet (mm. liimat, polttonesteet), rauhoittavat lääkkeet (mm. Diapam), barbituraatit (mm. jotkin unilääkkeet) ja hallusinogeenit (mm. LSD). Muista, että kysymykset eivät koske alkoholia.

Vastaa jokaiseen kysymykseen. Jos kumpikaan vaihtoehtoista ei tunnu täysin oikealta, valitse lähempänä oikeaa oleva vaihtoehto.

Lomakkeen kysymykset koskevat huumaavien aineiden käyttöäsi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta.

1. Oletko käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen?

- ☐ kyllä
☐ en

2. Oletko käyttänyt reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeiden mukaan?

- ☐ kyllä
☐ en

3. Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti?

- ☐ kyllä
☐ en

4. Selviätkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä?

- ☐ kyllä
☐ en

5. Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden) käytön?

- ☐ kyllä
☐ en

6. Onko sinulla koskaan ollut huumeiden tai lääkkeiden käytön aiheuttamia muistikatkoja tai takauksia?

- ☐ kyllä
☐ ei

7. Tunnetko koskaan syyllisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

8. Moittivatko vanhempasi tai puolisisi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä?

- ☐ kyllä
- ☐ eivät

9. Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisisi tai sinun ja vanhempiesi välillä?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

10. Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

11. Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

12. Oletko joutunut työssä huumeiden tai lääkkeiden käytön takia hankaluuksiin?

- ☐ kyllä
- ☐ en

13. Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia?

- ☐ kyllä
- ☐ en

14. Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena?

- ☐ kyllä
- ☐ en

15. Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä?

- ☐ kyllä
- ☐ en

16. Onko sinut pidätetty huumeiden hallussapidosta?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

17. Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

18. Onko sinulla ollut huumaavien aineiden käytöstä johtuvia terveydellisiä ongelmia (esim. muistinmenetyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.)?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

19. Oletko hakenut apua huume- tai lääkeongelmiisi?

- ☐ kyllä
- ☐ en

20. Oletko ollut huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjille tarkoitettussa erityishoitopaikassa?

- ☐ kyllä
- ☐ en

21. Ikä:

- ☐ 15 tai alle
- ☐ 16 - 17
- ☐ 18 - 24
- ☐ 25 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 64
- ☒ 65 tai enemmän
- ☐ En halua kertoa

22. Sukupuoli:

- ☐ Mies
- ☐ Nainen
- ☐ En halua kertoa

Lähde: Päihdelinkki.fi. 2015. Luettu 20.7.2015. <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-jalaskurit/huumeet/huumeidenkayttotesti-dast20>

Deps-masennusseula

DEPS

Alla olevassa luettelossa esitetään Sinua itseäsi koskevia väitteitä. Valitse jokaisen väitteen kohdista se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa mielentilaasi viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana

Kärsin unettomuudesta.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Tunsin itseni surumieliseksi.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Tunsin itseni tarmottomaksi.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Tunsin itseni yksinäiseksi.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Tulevaisuus näytti toivottomalta.

- ☐ Ei lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästäni.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystävieni avulla.

- ☐ En lainkaan
- ☐ Jonkin verran
- ☐ Melko paljon
- ☐ Erittäin paljon

Lähde: Mehiläinen 2015.

Unettomuuden haitta-asteen arvio

UNETTOMUUDEN HAITTA-ASTEEN ARVIO

Insomnia Severity Index, ISI (Morin 1993; suomennos Työterveyslaitos 2008, 2012)

NIMI: _____ PVM: _____

1. Arvioi tämänhetkisen (ts. viimeisimmät kaksi viikkoa) unettomuusongelmasi vakavuus.

	Ei lainkaan	Lievä	Kohtalainen	Vakava	Erittäin vakava
a) Nukahtamisvaikeus	0	1	2	3	4
b) Vaikeus pysyä unessa	0	1	2	3	4
c) Liian varhainen herääminen	0	1	2	3	4

2. Kuinka tyytyväinen/tyyttymätön olet nykyiseen nukkumiseesi?

Erittäin tyytyväinen	Tyytyväinen	Ei kantaa	Tyytymätön	Erittäin tyytymätön
0	1	2	3	4

3. Missä määrin uniongelmasi mielestäsi häiritsee päiväaikaista toimintaasi (mm. päiväaikainen uupunaisuus, toimiminen töissä ja kotona, keskittymiskyky, muisti, mieliala yms.) ?

Ei lainkaan	Hilukan	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
0	1	2	3	4

4. Luuletko muiden ihmisten huomaavan, että uniongelmasi vaikuttaa elämän laatuasi heikentävästi?

Ei lainkaan	Hilukan	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
0	1	2	3	4

5. Kuinka huolissasi/ahdistunut olet nykyisestä uniongelmastasi?

Ei lainkaan	Hilukan	Kohtalaisesti	Paljon	Erittäin paljon
0	1	2	3	4

Lähde: Mehiläinen 2015.

BB1-15

BBI-15

VASTAUSOHJE: Ympyröi se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten työolosuhteitasi. Valintojen tulisi kuvata nykyistä työtilannettasi. Vastaathan jokaiseen kysymykseen parhaasi mukaan ja niin vilpittömästi kuin mahdollista.

NIMI: _____ **IKÄ:** _____ **SUKUPUOLI:** _____ **M / N**

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Tunnen hukkuvani työhön.	1	2	3	4	5	6
2. Tunnen itseni usein haluttomaksi työssä ja ajattelen usein lopettavani työsuhteeni.	1	2	3	4	5	6
3. Minulla on usein riittämättömyyden tuntoja.	1	2	3	4	5	6
4. Nukun usein huonosti erilaisten työasioiden takia.	1	2	3	4	5	6
5. Ärsynnyn usein asiakkaisiin tai muihin työni kohteena oleviin ihmisiin.	1	2	3	4	5	6
6. Kyselen alituisen, onko työlläni arvoa.	1	2	3	4	5	6
7. Työn paine on aiheuttanut ongelmia läheisissä ihmissuhteissani (esim. parisuhteessa, perheestä tai ystävyysuhteissa).	1	2	3	4	5	6
8. Minusta tuntuu, että minulla on yhä vähemmän annettavaa.	1	2	3	4	5	6
9. Tunnen, etten pysty auttamaan toisia niin paljon kuin haluaisin.	1	2	3	4	5	6
10. Ajattelen työasioita myös vapaa-aikana.	1	2	3	4	5	6
11. Huomaan, että minun on vaikea eläytyä asiakkaitteni tai muiden työni kohteena olevien ihmisten ongelmiin tai tarpeisiin.	1	2	3	4	5	6
12. Kun aloitin nykyisen työni, odotin työltäni ja aikaansaannoksiltani enemmän kuin nyt.	1	2	3	4	5	6
13. Minulla on jatkuvasti huono omatunto, koska joudun työni vuoksi laiminlyömään läheisiäni.	1	2	3	4	5	6
14. Minusta tuntuu, että olen menettämässä kiinnostukseni asiakkaitteni tai muita työni kohteena olevia ihmisiä kohtaan.	1	2	3	4	5	6
15. Rehellisesti sanoen, tunsin itseni aikaisemmin arvostetummalta työssäni.	1	2	3	4	5	6

-15-

Lähde: Mehiläinen 2015.

Uneliaisuuskysely

UNELIAISUUSKYSELY (EPWORTH SLEEPINESS SCALE, ESS)

Kuinka todennäköistä on, että Te torkahdatte tai nukahdatte seuraavissa tilanteissa vastakohtana sille, että Te vain tunnette itsenne väsyneeksi? Tämä koskee Teidän tavanomaista elämäntapaanne kahden viimeksi kuluneen viikon ajalta. Vaikka ette olisi tehnyt joitain alla kuvatuista asioista äskettäin, yrittäkää arvioida, miten ne olisivat vaikuttaneet Teihin. Käyttäkää seuraavaa asteikkoa valitaksenne numeron kuhunkin tilanteeseen.

- 0 = en torkahda koskaan
 1 = pieni todennäköisyys torkahtaa
 2 = kohtalainen todennäköisyys torkahtaa
 3 = suuri todennäköisyys torkahtaa

Arvio torkahtamisen todennäköisyydestä (rengasta oikea vaihtoehto):

Todennäköisyys, että torkahdat?				
Tilanne:	en torkahda koskaan	pieni	kohtalainen	suuri
Istun lukemassa	0	1	2	3
Katson TV:tä	0	1	2	3
Istun passiivisena julkisessa paikassa (esim. teatterissa tai esitelmätilaisuudessa)	0	1	2	3
Olen matkustajana autossa keskeytyksettä tunnin ajan	0	1	2	3
Lepään makuuasennossa iltapäivällä olosuhteiden sen salliessa	0	1	2	3
Istun puhumassa jonkun kanssa	0	1	2	3
Istun kaikessa rauhassa alkoholittoman lounaan jälkeen	0	1	2	3
Istun autossa sen pysähdyttyä liikenteessä muutamaksi minuutiksi	0	1	2	3

Tulkinta: 10 pistettä tai enemmän tulkitaan yleensä selvästi poikkeavaksi.

Lähde: Terveyskirjasto. Luettu 8.7.2015.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50088c.pdf>

HOITOMALLISSA JA KÄSIKIRJASSA KÄYTETYT LÄHTEET

Aittokallio, J. 2009. Nocturnal transcutaneous carbon dioxide and early changes in atherosclerosis in pre- and post menopausal women. University of Turku. Sleep research Unit, Department of physiology. Väitöskirja. Luettu 9.3.2015.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/50328/AnnalesD877Aittokallio.pdf?sequence=1>

Alcoholism: Clinical & Experimental Research. Reviewing alcohol's effects on normal sleep. 2013. ScienceDaily, 22 January 2013. Luettu 8.7.2015. www.sciencedaily.com/releases/2013/01/130122162236.htm

American Nutrition Association. 2014. Luettu 8.7.2015. [Http://americannutritionassociation.org](http://americannutritionassociation.org)

Duodecim. 2015. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Luettu 16.7.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00097

Elf M & Wikblad K. 2001. Satisfaction With Information and Quality of Life in Patients Undergoing Chemotherapy for Cancer. Journal of Advance Nursing 24 (5), 351-356.

Jet Lag and Shift work. 2007. Healthy Sleep. Luettu 7.7.2015.
<http://healthysleep.med.harvard.edu/healthy/science/variations/jet-lag-and-shift-work>.

Haaramo, P. 2014. Insomnia, ill health and work disability: a longitudinal study among employees. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Haario, P. 2015. Sleep, health behaviours and weight among ageing employees. A follow-up study. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit O. 25.

Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY. oppimateriaali Oy. 5.

Hublin, C & Härmä, M. 2010a. Työajat ja terveys. Teoksessa Antti-Poika, M, Martimo, K-P, Uitti, K. (toim.) Työstä terveyttä. Porvoo: Työterveyslaitos. 125- 126.

Hublin, C & Lagerstedt, R. 2012. Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka. Teoksessa Järnefelt, H & Hublin, C. (toim.) Työikäisen unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos. 19- 34.

Härmä, M, Hublin, C, Sallinen, M. 2011. Työperäiset unihäiriöt. Teoksessa Uitti, J & Taskinen, H. (toim.) Työperäiset sairaudet. Sastamala: Työterveyslaitos. 520- 534.

Härmä, H. & Sallinen, M. 2004. Hyvä uni- hyvä työ. Helsinki: Työterveyslaitos.

Härmä, M. Unettomuus on yhä kasvava ongelma- tarjolla uusia hoitoratkaisuja. Luettu 22.7.2015. [Http://www.terve.fi/unettomuus/unettomuus-yha-kasvava-ongelma-tarjolla-uusia-hoitoratkaisuja](http://www.terve.fi/unettomuus/unettomuus-yha-kasvava-ongelma-tarjolla-uusia-hoitoratkaisuja).

Idzikowski, C. 2013. Sound asleep the expert guide to sleeping well. 1 painos. London: Watkins publishing. 52-53.

Insomnia. 2014. The Stanford Center for sleep Sciences and Medicine. Luettu 23.3.2015. http://stanfordhospital.org/clinicsmedServices/clinics/sleep/sleep_disorders/insomnia.html.

Jacobson, B., Boolani, A. & Smith, D. 2009. Changes in back pain, sleep quality, and perceived stress after introduction of new bedding systems. Journal of Chiropractic Medicine 8, 1–2, 6.

Järnefelt, H. 2012a. Diagnostiikka ja erotusdiagnostiikka. Teoksessa Järnefelt, H. & Hublin, C. toim. Työikäisen unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos. 28- 29.

Järnefelt, H. 2012b. Unen huolto. Teoksessa Järnefelt, H. & Hublin, C. (toim. Työikäisen unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos. 72.

Järnefelt, H. 2012c. Työaika ja hyvä uni. Teoksessa Järnefelt, H. & Hublin, C. toim. Työikäisen unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos. 168- 169.

Järnefelt, H. 2012d. Työaikojen vaikutus terveyteen ja toimintakykyyn. Teoksessa Järnefelt, H. & Hublin, C. toim. Työikäisen unettomuuden hoito. Tampere: Työterveyslaitos. 139- 141.

Järnefelt, H. 2015. Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kahle, C., Kretchmer, M. 2010. Terveen unen salaisuus. 1. painos. Slovakia: Faktor Oy. 136- 137.

Kajaste, S. 2008. Unettomuuden ehkäisy. Luettu 5.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01065

Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä- apua univaikeuksiin. 2. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Kivelä, S-L. 2007. Psykkiset ongelmat. Voimavaroja unesta- hyvä uni iäkkäänä. 1. painos. Helsinki: Kirjapaja. 46- 47.

Koistinen, P. 2010. Nukkumisergonomia- tavoitteena levollinen ja palauttava uni. Uniutiset 3/2010, 24- 25.

Kylmä, J, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen, K.2001. Terveyden edistäminen uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY. 62- 74.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystenhoito henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 1/2006, 12.

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5), 250- 258.

Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L, Torppa K. 2006. Terveystenhoito henkilökunnan käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1), 4-13.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lagerstedt, R. kliininen opettaja.2014. Työterveyshuolto ja unettomuus. Luento. Työterveyslaitos, perjantai- meeting 14.11.2014. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Liikunta parantaa unta. 2015. UKK- instituutti. Luettu 7.7.2015.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset/liikunta_parantaa_unta

Lohi, J. 2008. Tupakka, kolajuomat ja alkoholi unihäiriöiden riskitekijänä. Luettu 8.7.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=E1462BD4D092D55CAEFC6C91FB7EBFFD?id=nix01083>

Löw, M. 2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja – suunnittelun käsikirja. Tietosanoma. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 23.7.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028

Moilanen, T, Ojasalo, K & Ritalahti, J.2009. Kehittämistyön menetelmät. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

National sleep foundation. 2014. Sleep tips for Insomnia Sufferers. Luettu 28.3.2015.
<http://sleepfoundation.org/insomnia/content/symptoms>.

Nukkumisergonomian kartoitus ja opas. 2010. SUHS Suomen unihoitajaseura ry. Luettu 8.4.2015.
<http://www.unihoitajat.fi/images/dokumentit/nukkumisergonomiankartoitus-opas2010.pdf>

Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitajaliitto. 2014.
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Ojanen, V. 2011. Työikäisen muisti. Teoksessa Härmä, H. & Grano, S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: WSOY. 66- 68.

Ojasalo, K., Moilanen, T & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1.painos. Helsinki: WSOYpro. 19- 20.

Partinen, M. & Huovinen, M. 2007a. Terve uni. 1.painos. Vantaa: Dark Oy. 19- 25.

Partinen, M. & Huovinen, M. 2007b. Terve uni. 1.painos. Vantaa: Dark Oy. 35.

Partinen, M. & Huovinen, M. 2007c. Terve uni. 1.painos. Vantaa: Dark Oy. 46- 48.

Partinen, M.2008. Unitutkimukset unettomuuden diagnostiikassa- Luettu 7.3.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01061

Partinen, M. 2009. Unihäiriöt. Sairauksien ehkäisy. Luettu 14.4.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=seh00052

Partinen, M. 2013. Mitä uni on. Uniutiset 3/2010,3.

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2012a. Unen taidot. 1. painos. Helsinki: Duodecim. 91- 92.

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2012b. Unen taidot. 1. painos. Helsinki: Duodecim. 268- 269.

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015. Unen taidot löydä uni ilman lääkkeitä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 79- 81.

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015b. Unen taidot löydä uni ilman lääkkeitä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 104- 105.

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015c. Unen taidot löydä uni ilman lääkkeitä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.123- 124.

Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015d. Unen taidot löydä uni ilman lääkkeitä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 91- 93.

Rentoutuminen palauttaa voimia. 2015. Suomen mielenterveysseura. Luettu 2.7.2015.
<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/rentoutuminen-palauttaa-voimia>

Ritmala-Castren, M. 2015. ASLEEP OR NOT ASLEEP. Evaluation of the Quality of Patient`s Sleep in Critical Care Nursing. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssan kirjapaino.

Toikko, T, Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3.painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 13- 14, 22.

Tupakointi. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 8.7.2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/hyvinvointi-ja-terveystottumukset/tupakointi>

Torkkola, S. (toim.) 2002. Terveysviestintä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy. 32-33.

Tuomi, J, Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki. Tammi. 82- 83.

Työterveyshoitajan eettiset ohjeet. 2007. Suomen työterveyshoitajaliitto. Luettu 15.10.2015. file:///C:/Users/Niina/Downloads/eettiset_ohjeet.pdf

Uni. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/uni>

Unettomuuden määritelmä ja diagnoosikoodit. 2008. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim. Luettu 8.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi>.

Unettomuus. 2008. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Luettu 6.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi>

Uniapnea. 2015. Hengityслиitto. Luettu 8.7.2015.
<http://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/uniapnea>

Uni ja vireys. 2014. Työterveyslaitos. Luettu 28.1.2015.
http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoaika/uni_ja_vireys/sivut/default.aspx

Unikysely. 2014. Työterveyslaitos. Luettu 6.2.2015.
http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoaika/uni_ja_vireys/Documents/Unikyslom_tul-kinta.pdf

Unettomuusoireilla selkeä yhteys työkyvyttömyyteen. 2010. Työterveyslaitos. Luettu 2.4.2015.
http://www.ttl.fi/fi/uutiset/Sivut/unettomuus_oireilla_selkea_yhteys_tyokyvyttomyy-teen.aspx

